

# EL MEDICO

## CUADERNOS DE ACTUALIZACIÓN PARA MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

### Capítulo 1:

Importancia e interés

### Capítulo 2:

Epidemiología

### Capítulo 3:

Psiquiatría de la migración

### Capítulo 4:

Diagnóstico de la depresión  
en el inmigrante

### Capítulo 5:

Tratamiento de la depresión  
en el paciente inmigrante

# Depresión e inmigración

#### AUTORES:

**JOSÉ LUIS MARTINCANO GÓMEZ**

Grupo de Atención al Inmigrante de SEMERGEN

**RAMÓN GONZÁLEZ CORREALES**

Grupo de Salud Mental de SEMERGEN

**MARÍA CRISTINA MARTINCANO GONZÁLEZ**

Psicóloga Clínica



© SANED 2007

Reservado todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo, sin el permiso de los editores.

Sanidad y Ediciones, S.L.

Capitán Haya, 60. 28020 Madrid. Tel: 91 749 95 00

Fax: 91 749 95 01. [saned@medynet.com](mailto:saned@medynet.com)

Anton Fortuny, 14-16. 08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona). Tel: 93 320 93 30

Fax: 93 473 75 41. [sanedb@medynet.com](mailto:sanedb@medynet.com)

D.L.:

Soporte Válido:

# 1. Importancia e interés

*Nunca mires dentro de nadie a menos que estés ayudándole.*

Reverendo Jesse Jackson, 1988. Chicago

### ■ SALUD

Estar sano o estar enfermo constituyen sendas experiencias sobre las cuales todos tenemos alguna opinión, precisamente por la facilidad con la que la enfermedad y la salud condicionan el ejercicio de nuestras vidas. Sin embargo, los determinantes que explicitan lo que los seres humanos entendemos por salud o enfermedad no son, en absoluto, universales y dependen del contexto sociocultural específico desde el que situamos nuestra mirada.

### ■ SALUD MENTAL

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1947) la salud es *un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia*. Por eso es un artificio hablar de Salud Mental. No obstante tal terminología se utiliza con frecuencia cuando nos acercamos a un aspecto determinado del todo que es el hombre como ser bio-psico-social.

La enfermedad, trastorno o desorden mental siempre ha existido en todo el mundo y en todas las épocas, aunque con infinidad de variantes en cuanto a conceptos y definiciones. Esta diversidad de modelos explicativos hace inviable una única definición de salud o al contrario de enfermedad mental.

Ambos conceptos son la expresión de bienestar o de problemas de tipo emocional, cognitivo y comportamental, que no dejan de ser realidades simbólicas, construidas cultural e históricamente en la interacción social. Construcción que varía según los enfoques y modelos teóricos psicológicos y médicos al uso según las corrientes médicas predominantes (organicista, psicosomática, psicodinámica, psicoanalítica, conductista, cognitiva, sociogenética, comunitaria, etc.), los criterios de diagnóstico utilizados (existencia de sintomatología, comportamiento social desajustado, duración prolongada de los síntomas), las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes, en función de las actitudes,

creencias políticas, influencias históricas e incluso factores económicos. Carga valorativa que explica por qué las definiciones de lo que es normal y lo que es patológico de la mente varían de una sociedad a otra, de un grupo social a otro y de una etapa histórica a otra.

El concepto de enfermedad mental tiene una validez absoluta para todas las culturas (dimensión pan-cultural). Pero la definición de la desviación varía según sea el marco de normas y de valores de la cultura en cuestión. No es real la universalidad del concepto de enfermedad mental y la validez internacional de las categorías psiquiátricas. Los criterios de diagnóstico de salud, enfermedad mental y depresión están definidos en el ámbito de la civilización occidental. A ella solo pertenece el 20% de la población mundial. La psiquiatría no será científica si su conceptualización se limita al blanco de clase media de América del Norte, Reino Unido y Europa Occidental (Tabla 1).

Un mismo paciente puede recibir diversas interpretaciones de sus síntomas y diagnósticos diferentes dependiendo de la época en que viva, del médico que lo atienda, el método de diagnóstico utilizado, la ciudad

**TABLA 1**

#### Mitos de la Psiquiatría

- La enfermedad mental aparece con similares grados de frecuencia.
- De la estructura subyacente a la enfermedad es responsable la biología, mientras que los modos concretos de experimentar una persona ese mal están configurados por las creencias culturales (dicotomía patogenética/patoplástica).
- Diversos trastornos poco comunes, específicos de algunas culturas y cuyas bases son inciertas, sólo se dan en lugares exóticos.
- Apenas puede hacerse nada para curar las enfermedades mentales.
- Una base de conocimientos compilada casi exclusivamente a partir de casos norteamericanos y europeos puede aplicarse con eficacia al 80% de la población mundial que vive en Asia, en África y en Sudamérica, así como a las comunidades de emigrantes de Norteamérica y de Europa.

*Kleinman A, Cohen A. El problema mundial de los trastornos mentales. Investigación y ciencia. 248 – Mayo, 1997 [En línea] [www.txorierri.com/iciencia.htm](http://www.txorierri.com/iciencia.htm) [Última consulta: 12-07-07]*

## DEPRESIÓN E INMIGRACIÓN

en la que viva y del idioma que hable. La dificultad aumenta al no existir, para la capacidad de la mirada médica, la posibilidad de definir los términos salud y enfermedad mental de manera que una excluya a la otra: una persona puede tener problemas de salud mental y no estar mentalmente enferma. Pues, si para la enfermedad se siguen criterios diagnósticos, a la salud mental se la considera como un continuo en el que se reflejan diferentes grados de niveles de bienestar. Sus componentes principales serían el bienestar emocional, la competencia, autonomía, aspiración, autoestima, funcionamiento integrado, adecuada percepción de la realidad, etc. En consonancia, la enfermedad mental o el deterioro psicológico no sería necesariamente una pérdida de salud o una reacción patológica sino una respuesta adaptativa ante las presiones del medio cuando otras estrategias de afrontamiento no se encuentran disponibles.

### ■ SALUD MENTAL DEL INMIGRANTE

Numerosas investigaciones ponen de relieve los efectos negativos para la salud mental de las diferencias encontradas entre sexos o entre clases sociales, del estatus socioeconómico, del desempleo y también de los procesos migratorios y reasentamientos.

Pero persisten muchos huecos en la literatura sobre el papel exacto de la raza, cultura, etnicidad y de las minorías raciales y étnicas. Con estudios escasos e insuficientes a la hora del diagnóstico y del tratamiento, sin embargo se dispone de datos que indican que estos grupos, con la misma prevalencia de enfermedad mental que nuestra sociedad mayoritaria, tienen menos accesibilidad a los servicios médicos en general y se les ofrece peor calidad de atención de salud mental (disparidades evitables) lo que arrastra mayor frecuencia de discapacidades e invalideces, costos sociales y sufrimiento humano en estas poblaciones.

Estos estudios enfatizan aquellos aspectos de intervención relacionados con el cambio social al poner de relieve y analizar las causas sociales del deterioro psicológico. Es éste un desafío, ampliamente denunciado, al que tiene que enfrentarse nuestra sociedad actual, cada día mas insoslayablemente, para evitar que se perpetúen mayores inequidades y desigualdades, en una nueva fractura en la comunidad humana. Proponen la necesidad de actuaciones multidisciplinares desde las ciencias sociales (integración e identidad social), las ciencias de la salud (estructura de la personalidad) y las ciencias jurídicas (derecho de las personas y de los grupos sociales).

## 2. Epidemiología

### ■ DEMOGRAFÍA

Actualmente los inmigrantes significan el 10% del total de la población española. Para el año 2025, se prevé alcanzarán la cifra del 20% de la población total.

Una de las características de la inmigración en España es su diversidad. Actualmente Marruecos es el país que nos da mayor número de población inmigrante. Para el año 2025 se prevé que los inmigrantes procedentes de África significarán aproximadamente un 12% de nuestra población total. Los sudamericanos, asiáticos y procedentes de la Europa del Este son el grupo cultural que más rápido está creciendo en España como resultado de la inmigración. Estos supusieron en el año 1997 entre el 0,2 y el 1%, habiendo pasado a un 34,01% actualmente, correspondiendo el 24% a Sudamérica. Se prevé que para el 2025 significarán el 50% de todos los inmigrantes.

El 40% se concentran en las provincias de Madrid y Cataluña. El 10% de los habitantes de Madrid son inmigrantes. Para el 2025, el 10% de las poblaciones de Madrid o Barcelona serán inmigrantes o hijos de inmigrantes. Los asiáticos participarán con el 18% y los marroquíes con el 15% de total poblacional de estas ciudades (Tabla 2).

### ■ FACTORES DE RIESGO

La población inmigrada presenta un doble riesgo respecto a su salud mental. Por un lado, el proceso de inmigración es un cambio vital en el individuo, enmarcado por la pérdida de lazos familiares, culturales, de lenguaje, de costumbres y de estatus, entre otros. Por

otro lado, el emigrante pertenece a un colectivo en riesgo de exclusión social, lo que significa problemas a la hora de insertarse social y laboralmente.

Se espera que estos pacientes presenten mayores tasas de depresión y de trastornos de ansiedad que grupos con idénticas características sociodemográficas de su país de origen o de la cultura anfitriona. La razón principal sería los procesos de adaptación y las dificultades ambientales ligadas a la emigración, secundarias a sus vivencias anteriores, al duelo migratorio, a la situación socioeconómica inadecuada y al aislamiento, en ocasiones por las diferencias idiomáticas y culturales.

La migración actúa como factor de traumatización. Es un fenómeno generador de estrés que depende en gran medida de cómo se sitúe frente a su grupo cultural de origen y hacia el grupo de acogida y cómo éste reaccione ante el inmigrante.

### ■ ENFERMEDAD MENTAL

Aparecen cuadros desestructurantes con elementos ligados a la evitación (de pensamiento, personas, lugares, actividades, etc., asociados al hecho traumático, o de tipo disociativo, evaluados como cuadros de ansiedad o de depresión) y a la hiperactivación (trastornos del sueño y de la concentración, irritación, hipervigilancia). También son frecuentes los síndromes psicopatológicos agudos (síndromes confusionales) o los crónicos (síndromes depresivos, trastornos de la personalidad, adaptativos, alcoholismo, drogodependencias).

Muchos trabajos señalan tasas de esquizofrenia más elevadas entre los emigrantes pero han sido referi-

**TABLA 2**

**Evolución del número de extranjeros empadronados**

	1998	1999	2000	2001	2002
Población total	39.852.650	40.202.158	40.499.790	41.116.842	41.837.894
Numero de extranjeros empadronados	637.085	784.954	923.879	1.370.657	1.977.944
Proporción de extranjeros respecto de la población total	1.60	1.86	2.28	3.33	4.73
Diferencia con el año anterior		111.869	174.925	446.778	607.287
Variación relativa sobre el dato anterior		17.56	23.36	48.36	44.31

INE. Los extranjeros residentes en España 1998-2002. [www.ine.es/prodyser/pubweb/ext\\_espa/ext\\_espa.htm](http://www.ine.es/prodyser/pubweb/ext_espa/ext_espa.htm)

## DEPRESIÓN E INMIGRACIÓN

das globalmente, sin atender a su composición poblacional, no tienen en cuenta la infrautilización de los recursos sanitarios psiquiátricos ni la elevada proporción de diagnósticos erróneos condicionada por la distancia empática.

El temor a una mayor estigmatización de una población ya sumamente discriminada racialmente, y grandes dificultades en la interacción y utilización de unos servicios sanitarios diseñados para la población nativa, lo que implica importantes barreras culturales, en absoluto favorece la accesibilidad a los recursos sanitarios. Barreras comunicacionales de origen lingüístico (la barrera del idioma dificulta una relación de confianza proveedor-cliente, la elaboración de un historial médico completo, el diagnóstico, el seguimiento adecuado del tratamiento y la comprensión del bagaje psico-social del paciente) y cultural (referencias y codificaciones culturales distintas entre profesional sanitario y paciente, burocracia, segmentación servicios, tabúes) favorecen la infrautilización de los recursos sanitarios lo que a su vez está condicionando las tasas de admisión de emigrantes. Por eso en ocasiones los emigrantes vuelven a su país tras desarrollar un trastorno psiquiátrico, desapareciendo de nuestras estadísticas.

Por otro lado, y por el momento, en nuestro país nos hemos centrado en la atención en los problemas infecciosos o de morbilidad y consumo de servicios que presenta esta población, por lo que tenemos pocos datos de la salud mental de los inmigrantes.

### ■ DEPRESIÓN

Se ha comunicado alta prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad entre emigrantes, asociados en muchas ocasiones a síntomas de somatización, en gran medida por el rechazo a los psicofármacos, sobre todo los antidepresivos, siendo mayor el uso de antipsicóticos y ansiolíticos. En el trasfondo está la dificultad para establecer una adecuada alianza terapéutica entre pacientes y terapeutas culturalmente extraños.

El departamento de Atención Sanitaria al Inmigrante de la Generalitat ofrece los siguientes datos: a un 6,5% de los inmigrantes se le ha diagnosticado trastornos mentales, que se deben al duelo por la separación de su entorno (duelo migratorio) y al estrés por los problemas que tienen, falta de papeles, de trabajo, etc., un 58% de los inmigrantes que van al médico en Barcelona tiene depresión y un 37% migraña. Una de las consecuencias de los problemas mentales que sufren

los inmigrantes y del desarraigo es el consumo de drogas (elevado consumo de alcohol y tabaco), motivado en parte por la soledad, el estrés y los estados depresivos. Las psicopatologías en los inmigrantes suelen aparecer con más frecuencia en las mujeres (depresiones). El estrés crónico múltiple del inmigrante podría estar afectando a un millón de personas en España.

### ■ PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN SEGÚN ORIGEN

**África Subsahariana.** En España el 14% de los inmigrantes son africanos (725.960). El 20,15% de éstos lo son procedentes del África subsahariana (146.309). En las capitales de Madrid (19,64%) y Barcelona (35,59%) reside la mayoría de ellos. El 30,85% son mujeres. Son una población con un porcentaje de crecimiento del 16% en cuanto a origen. Se calcula que el 12% está de forma irregular. Desafortunadamente no hay un registro de incidencia y de prevalencia a nivel nacional de la depresión de estos inmigrantes. En algunos servicios de atención primaria detectan que la mitad de los inmigrantes sufren síntomas depresivos en relación con el proceso de la migración.

**Norte de África y Asia Menor.** Algunos estudios en nuestro medio detectan una prevalencia de depresión del 36,6% en pacientes inmigrantes magrebíes y del 23,2% en indostaníes. El patrón cultural de baja comunicación del síntoma anímico y la alta prevalencia de expresión somática de la depresión (40,6% frente al 8,8% en occidentales) retrasa el diagnóstico y el tratamiento. Solo se dispensa tratamiento antidepresivo en la mitad de los casos.

**Asia.** El 2% de la población mundial padece depresión. En China esta cifra alcanza el 5%. Japón tiene la tasa más alta del mundo de hospitalización de enfermos de causa mental. Asia posee una de las proporciones de suicidios más altas en el mundo. En China, por ejemplo, presenta una media anual de 287.000 suicidios (10 veces más que en EEUU) siendo la primera causa de muerte entre los individuos de 18 a 34 años, sobre todo mujeres jóvenes de las áreas rurales.

Algunos estudios en otros países que reciben inmigrantes asiáticos encuentran mayor incidencia de estrés psicológico en los inmigrantes chinos de primera generación, pero sin diferencias estadísticas con respecto a la depresión entre los de segunda generación y la población autóctona.

**Hispanoamérica.** Según un informe de la *National*

*Alliance for Hispanic Health (NAHH)*, la gran mayoría de los problemas mentales de los inmigrantes latinos se atribuyen al proceso de inmigración, a la tensión que padecen al dejar sus países de origen y sobre todo entre quienes llegaron en los últimos años ya que han tenido mayores escollos ante las dificultades de la sociedad receptora para absorber más y más inmigrantes.

Se espera que los inmigrantes presenten mayores tasas de depresión y de trastornos de ansiedad que aquellos grupos con idénticas características sociodemográficas de su país de origen o de la cultura anfitriona. Pero no sucede así en el caso de los hispanoamericanos con respecto a los nativos ni con respecto a las otras etnias que viven en EEUU. Y siendo los que menos ganan, los que menos acceso a la salud tienen y más precariamente viven, sin embargo, son los que menos morbilidad general y de salud mental presentan. Es la conocida como paradoja latina. Tendencia que se invierte con la asimilación a la cultura local y el mayor tiempo de estancia en el país receptor según el *National Latino and Asian American Study*.

Tras el tabú de la cara personal y social al que se asocia la enfermedad mental existen menos probabilidades de que los hombres hispanos sean bien diagnosticados o que reciban un tratamiento adecuado. En vez de reconocer sus sentimientos y pedir ayuda se refugian compulsivamente en sus trabajos o pasatiempos, intentando ocultar su depresión a sí mismos, así como a familiares y amigos y en algunos casos asumiendo conductas imprudentes, consumir alcohol o drogas ilegales, o a sumirse en la frustración, la cólera o la irritabilidad e incluso intentos de suicidio.

Sólo una mínima proporción de los pacientes de estos países accede al tratamiento de la depresión. Por un lado porque la enfermedad mental se interpreta como locura, un estigma vergonzante familiar y social que no se admite, se rechaza y se oculta.

En un país como los EEUU los hispanos componen la minoría étnica más extensa, con una población de más de 40 millones de personas. Dos de cada diez varones, hasta un total de 6 millones de individuos, padecen problemas serios de depresión según detectó la campaña "Estos hombres son reales. La depresión también" (*Real Men Real Depression, NIMH. 2005, USA*).

Según los resultados de otro estudio con pacientes de origen hispano y asiático (*National Latino and Asian American Study*), el 54% de los varones, que experimentaron al menos un episodio de depresión severa en sus vidas, no reconoció haber padecido un problema de salud mental. Los hispanos también se mostraron reacios al tratamiento de la depresión. Y, al igual que los caucásicos nacidos en los Estados Unidos, los latinos temen que un tratamiento antidepresivo comprometa su estabilidad laboral por lo que es rechazado o abandonado con la cronicidad consecuente del proceso.

En este estudio se encontró que los latinos han intentado o considerado seriamente el suicidio en proporciones mayores que sus pares afroamericanos o angloamericanos y más frecuentemente entre los más añosos y ancianos que se perciben inútiles.

Entre los hispanos, aquellos de origen mexicano tienen las más altas tasas de suicidio.

### 3. Psiquiatría de la migración

*Aquellas cosas a las que estamos acostumbrados, a veces peores que aquellas a las que no lo estamos, suelen producirnos menos trastornos.*

Hipócrates

#### ■ MODELO DE ELABORACIÓN PSICOLÓGICA DEL FENÓMENO MIGRATORIO

La migración, verdadero trasplante que desarraiga y desacomoda al individuo de su identidad territorial-cultural, es una ruptura biográfica en tres momentos (partida, viaje, llegada) que se corresponden con los tres momentos de los rituales de paso y la consiguiente mutación ontológica o cambio de ser (se es otro) que resuelve de varias maneras básicas las lealtades hacia culturas diferentes.

La escala de sucesos vitales (*Recent Life Changes Questionnaire, RLCQ, 1975*) coloca el ítem número 25 (Unidades de Cambio Vital o UCV), que se relaciona con el cambio de residencia, con una valoración 47 sobre 10-123. Con este cambio se acarrean otros sucesos vitales (cambios económicos, actividades sociales, tipo de trabajo, etc.) que afectan al número de eventos re-

gistrados (Índice de Sucesos Vitales, ISV) y a la suma de las UCV de los mismos (Índice de Reajuste Social, IRS) con lo cual aumenta la valoración.

El proceso por el cual el contacto continuo entre dos o más sociedades diferentes genera un cambio cultural y por el cual los grupos minoritarios aprenden gradualmente y adoptan los nuevos elementos de la cultura del país receptor en mayor o menor grado se llama aculturación (Tabla 3).

El manejar y limitar la novedad que supone las nuevas referencias (**sobrecarga cognitiva**) es una de las demandas más importantes del reasentamiento. Las personas tienen mucho que aprender sobre la sociedad de acogida. La falta de un conocimiento básico para manejarse en la nueva sociedad (**desconocimiento cultural**) tiene una variedad de consecuencias negativas y pone en peligro la capacidad de las personas para vivir satisfactoriamente, tanto desde el punto de vista material, como para su ajuste psicológico (**desencuentro sociocultural**). La falta de información básica hace difícil las tareas más simples, desde moverse por el nuevo entorno o saber a dónde dirigirse para los diferentes

**TABLA 3**

#### Alternativas de adaptación del emigrante a la cultura mayoritaria del país anfitrión (Modelo teórico de aculturación de Berry y Kim, 1988)

Integración	El individuo se maneja de forma adaptada en ambas culturas dependiendo de las personas con las que interactúa. Más frecuente en edades medias.	Es la adaptación más adecuada y que menos se asocia a patología psiquiátrica.
Asimilación	Se rechaza la cultura de origen y se adopta completamente la cultura anfitriona. A menudo, es la expectativa de los habitantes del país receptor. Más frecuente en jóvenes.	Va a producir serios problemas con la familia y el entorno del país de origen, así como una sensación de "estar incompleto". Es, por definición, autodestructiva, particularmente en la esfera psicológica.
Separación	Se niega la cultura receptora y se mantiene íntegramente la cultura de origen. Más frecuente en adultos y mayores. Puede ser activa en el caso del fenómeno <i>contracultural</i> , con el rechazo de los valores culturales establecidos, caso no privativo de los inmigrantes.	Aislamiento en <i>ghettos</i> con escasa interacción con la cultura anfitriona.
Marginalización	Los individuos rechazan ambas culturas y se convierten en marginales. El prototipo de este proceso ha sido la inadaptación de los nativos americanos o de los esquimales a la cultura norteamericana y canadiense.	La patología psiquiátrica es máxima.

*Citado por: Alda M, García-Campayo, J. El médico y los problemas psicológicos de la inmigración. Revista de actualidad sociosanitaria. RAS 2003;(3):14-16 [En línea] [www.institutodebioetica.org/ras/ras03.pdf](http://www.institutodebioetica.org/ras/ras03.pdf) [Última consulta: 12-07-07]*

propósitos. El no contar con información básica, aunque puede ser abrumadora inicialmente, casi siempre es una dificultad de corta duración. La información más compleja, por el contrario, relativa a las diferencias culturales en estilos de interacción social (extrañeza cultural) que facilitan la convivencia, requiere mucho esfuerzo y tiempo, sobre todo para aquellos grupos étnicos con más distancia cultural con la sociedad de acogida.

**Resiliencia.** La resiliencia humana sería la capacidad y habilidad de un individuo o de un sistema social para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva (resistir y rehacerse, crecimiento postraumático).

La resiliencia necesita dos elementos: la resistencia frente a la destrucción o la capacidad de proteger la propia integridad a pesar de la presión, conflictos, crisis y situaciones límites; y la capacidad de construir o reconstruir su propia vida a pesar de las circunstancias difíciles (Tabla 4).

### ■ FASES DEL PROCESO MIGRATORIO

Tradicionalmente, se había defendido la existencia de un período inicial de euforia tras la llegada al país de acogida, y un posterior período de crisis psicológica según algunas fases definidas por la cantidad y tipo del estrés que generan. Este modelo ha sido rebatido y actualmente se acepta que el estrés se incrementa en el emigrante durante los primeros dos años y que, posteriormente, a lo largo del tiempo, va disminuyendo hasta alcanzar los niveles normales previos (Tabla 5).

### Duelo migratorio

El duelo migratorio es debido a la separación del país de origen y todo lo afectivamente significativo: familia, hijos, amigos, seres queridos, costumbres, religión, maneras de ser y de relacionarse, fiestas, música, sentido del tiempo, contacto con la lengua, aspectos relacionados con la tierra (como el paisaje, los olores o el clima), estatus social, nivel económico, dinámica laboral, sentido de pertenencia a un grupo étnico y pérdida de su seguridad física.

#### 1. Características del duelo migratorio

**Separación.** La pérdida es solo parcial (temporoespacial). No por ello es menos importante o intenso.

**Recurrente y de larga duración.** Al no ser una pérdida definitiva los vínculos son fácilmente reavivados de manera recurrente.

**TABLA 4**

#### Predictores positivos de la resiliencia

Género femenino
Autoeficacia
Autoconfianza
Autoimagen positiva
Autoexigencias de logro
Atractivo físico
Seguridad financiera
Experiencias escolares positivas
Orientación hacia los recursos sociales
Responsividad frente a otras personas
Modelo social consistente
Adecuado comportamiento social
Responsabilidades sociales dosificadas
Eventos neutralizantes
<b>Temperamento</b>
Capacidad de resistencia en situaciones desafiantes
Regulación afectiva
Adecuado nivel de actividad
Capacidad reflexiva
Enfrentamiento activo como respuesta a las situaciones o factores estresantes.
Flexibilidad
Significación subjetiva y positiva al estrés y al enfrentamiento
<b>Capacidad intelectual</b>
Habilidades cognitivas (p.e. ingenio o creatividad)
Capacidad de contextualizar el estrés de acuerdo a las características propias del desarrollo
Habilidad de resolución de problemas
La capacidad de planificación
<b>Naturaleza de la familia</b>
Cohesión
Ternura
Preocupación por el bienestar de hijos
<b>Disponibilidad de fuentes de apoyo externo</b>
Desarrollo de intereses y vínculos afectivos externos
Apego parental
Relación armónica, cálida y de confianza con la pareja
Relación con pares
Profesor, padre/madre sustituta
Institucionales como la escuela, agencias sociales o la iglesia
Capacidad de elegir pareja y planificar el matrimonio

*Kotliarenco MA, Cáceres I, Fontecilla M. Estado del arte en resiliencia. Factores que promueven la resiliencia. [En línea] <http://resilnet.uiuc.edu/library/resiliencia/resiliencia6.pdf> [Última consulta: 12-07-07]*

**TABLA 5**

**Fases del proceso migratorio**

- Impacto/fase de preparación.
- Migración.
- Fase de sobrecompensación.
- Descompensación.
- Conflicto cultural e intergeneracional.

*Gavagan T, Brodyaga L. Medical Care for Immigrants and Refugees. [En línea] www.aafp.org/atp/980301ap/Medical Care for Immigrants and Refugees - American Family Physician - March 1, 1998.htm [Última consulta 24-07-07]*  
*Sluzki CE. Migration and family conflict. Fam Process 1979;18:379-90.*

**Trascendental.** Supone la reelaboración de toda una serie de aspectos muy arraigados que se han interiorizado en la infancia.

**Interrelacionado.** Con otros duelos y problemas del inmigrante.

**Múltiple.** En realidad son 7 duelos: la familia y los amigos, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el contacto con el grupo étnico y/o nacional y los riesgos físicos ligados a la migración.

**Ambivalente.** El inmigrante tiene sentimientos entremezclados de amor hacia el país de origen con el que posee fuertes vínculos, pero del que tuvo que marchar porque no le daba lo que necesitaba, y de odio hacia el país de acogida que le brinda oportunidades, pero que a la vez le exige mucho esfuerzo de adaptación.

**Participativo.** Tanto de los autóctonos a través de su relación con los inmigrantes, como de los familiares que quedan en el origen y que sufren, lo facilitan o complican.

**Transgeneracional.** Afecta de modo importante no sólo a los que emigran sino también a sus hijos.

**2. Soluciones del duelo y tipos de duelo migratorio**

1. **Duelo simple:** tiene lugar cuando el sujeto emigra en buenas condiciones personales y se encuentra con un medio social acogedor que cumple con la idealización que tenía del mismo y le facilita el éxito del proyecto migratorio.

2. **Duelo complicado:** circunstancias adversas dificultan el proceso de elaboración del duelo migratorio:

- Negación:
  - Quitar importancia a las pérdidas.
  - De la realidad diferente (origina confusión).
  - Apoyo farmacológico: tratamiento con fármacos para que la persona no sienta en ningún momento tensión, preocupación, tristeza, añoranza, pena...

- Resistencia. No se acepta el esfuerzo que supone la adaptación.

- Idealización o distorsión de la situación de origen o de la de acogida.

- Esencialismo étnico o antropomorfismo (animismo). Se le atribuye el rango de seres humanos y la existencia de vida propia a la lengua, la cultura, el paisaje... con lo cual nuestras reacciones están dominadas externamente.

- Hiperadaptación. Bajo la presión de la adaptación se actúa contrariamente a la tendencia natural de mantener las tradiciones de origen.

- Racionalización. Se intenta separar el componente afectivo del componente cognitivo de la emoción evitando el contacto con lo que genera el conflicto.

- Regresión. El inmigrante se siente desbordado y tiende a adoptar actitudes regresivas (más infantiles).

- Proyección. Atribución externa de las dificultades, con frecuencia sobre los profesionales sanitarios.

**3. Factores de riesgo y de protección de la salud mental en el duelo migratorio**

Además de factores favorecedores del duelo migratorio (Tabla 6) se enumeran ciertas defensas y factores protectores en el manejo de las ansiedades psicológicas:

- *Individuales:*
  - Autoselección para la migración (capacidad de lucha, autosuficiencia y autonomía).
  - Proyecto migratorio realista.
  - Apoyo familiar desde el origen.
  - Red de apoyo social en destino (servicios y alta densidad étnica de su grupo).
  - Vivencias del cambio positivas (ausencia de trabas legales, penurias económicas o sociales).
  - Reagrupación familiar.
  - Hijos parenterales (los hijos asumen el papel rector del proyecto migratorio ante el fracaso de los mayores y sirven de modelo a éstos).
- *De la sociedad receptora:*
  - Evitar cualquier forma de discriminación, racismo o xenofobia, o como mínimo de actitudes despectivas o discriminatorias incluida la exclusión legal y presión lingüística.
  - Garantizar las condiciones de vida dignas a los inmigrantes (vivienda, educación, salud, trabajo, salario, acceso sanitario...).
  - Cultivar la interculturalidad sobre la base de la participación, la cooperación y el enriquecimiento de las diversas culturas.

**TABLA 6**

**Factores favorecedores del duelo migratorio**

Fracaso del proyecto migratorio.

- Condiciones sociales precarias.
  - Falta de receptividad, políticas de exclusión y discriminación.
  - Explotación laboral.
- Graves carencias sanitarias, de vivienda, alimentación, seguridad física, etc.
  - Necesidad, hacinamiento y marginalidad.
  - Alteración del estado de salud física y enfermedades asociadas a la emigración.
- Nivel de formación o habilidades, no reconocidos en el país de acogida.
- Falta de apoyo de la familia en origen que actúa como "conciencia étnica".
- Falta de proyecto migratorio (incluye refugiados políticos).
- Falta de contacto grupo de referencia.

Problemas de la personalidad del individuo (adaptabilidad al cambio y los mecanismos de afrontamiento a utilizar)

- Baja resiliencia.
- Inconsistencia de la elaboración del duelo (tiempo, paciencia, madurez).
- Antecedentes de duelo patológico y déficit de referentes de identificación.
- Disfunción familiar, separación de hijos pequeños o de padres mayores o enfermos.
- Déficit lingüístico, bajo nivel cultural.
- Género (la expresión del duelo surge antes en la mujer y es menos intenso).

Choque cultural

- Diferencias notables entre culturas.
- Dificultades idioma.
- La edad del individuo (cuanto más jóvenes mayor asimilación y menos duelo).

Martínez-Otero Pérez V. El reto de la interculturalidad: investigación sobre integración de inmigrantes hispanoamericanos. Ponencia al IV Congreso Católicos y Vida Pública. Nov 2002. Madrid [En línea] [www.ceu.es/ind/valentin%20martinez.pdf](http://www.ceu.es/ind/valentin%20martinez.pdf) [Última consulta 25-07-07].

– Cultivar las señas de identidad de los inmigrantes, lo que equivale a adoptar unos principios básicos de convivencia entre culturas, así como a respetar las peculiaridades de cada grupo.

- Apoyo de los servicios psicosociales.
- Participación política.

**Periodo postmigratorio.** No se ha demostrado que haya alguna correlación con el momento de la aparición o incidencia de desarrollo de trastornos mentales y la duración del periodo postmigratorio (inicial, me-

nos de un año; intermedio, 1-4 años; largo, más de cuatro años e incluso décadas).

**Edad.** Los adultos jóvenes normalmente tienen mayor capacidad, flexibilidad y rapidez para la adaptación a un nuevo ambiente.

**Sexo.** Más evidente en caso de matrimonio emigrante. Ante la división social de los papeles del varón y la mujer, los varones serán los que se enfrenten a mayor cantidad de obstáculos. La adaptación de la mujer desde un ambiente protegido doméstico será más fácil, salvo que suponga poca interacción social con el aislamiento emocional consiguiente. Mayor disponibilidad de empleo y oportunidades laborales para la mujer genera frustración en el varón. Además del aislamiento doméstico, el embarazo y el parto hacen más vulnerable a la mujer a los trastornos mentales. Normalmente el peso de la decisión y elaboración activa del proyecto migratorio es del varón, mientras la mujer lo sigue simplemente.

**Estado civil.** El apoyo emocional que supone la familia es un factor protector, aunque ésta puede convertirse en una fuente de carga y conflicto. Dependiendo de la estructura familiar, la organización doméstica y si la migración supone una carga adicional por separación de la familia, el duelo de la migración y su ajuste será más o menos fácil.

**Funcionalidad familiar.** En torno a la familia del inmigrante se organiza la red social y de relaciones. Es frecuente la convivencia entre varias familias monoparentales con figuras de referencia ausentes debido al proceso migratorio. Así se forma el llamado *Grupo Doméstico Familiar*, red social integrada por familiares y originarios de una misma zona geográfica que incentiva la relación entre sus miembros potenciando la identidad por pertenencia, a la vez que presta el modelo de estrategias en el encuentro con la sociedad de acogida.

Si sus familias se establecen después de un tiempo de separación sufrirán un ajuste doble interno y externo con una gran capacidad de disfuncionalidad familiar.

**Matrimonios mixtos.** La organización y funcionalidad familiar es especialmente importante cuando en la familia se mezclan dos trasfondos culturales o religiosos (matrimonios mixtos). Los motivos para este tipo de casamiento son los normales, amor, disponibilidad (viaje, estudio, compañeros de trabajo...), formar una familia, estabilizar y mejorar la calidad de sus vidas, pero también se han observado *matrimonios neuróticos*, casamientos mediados por un afán de notoriedad –exhibicionismo, necesidad de ser diferente-, rebeldía o

## DEPRESIÓN E INMIGRACIÓN

contestación hacia la propia familia, escapar de su casa o de su país, proyección del estereotipo cultural –sumisión de la mujer, poder o fantasía sexual, piedad o fantasía del rescate (casarse con un miembro de una supuesta raza inferior)-, queriéndose ver también la necesidad de escoger una pareja de un modelo radicalmente diferente como reacción psicológica de venganza contra el propio padre de uno, en un esfuerzo inconsciente por resolver un complejo de Edipo profundamente arraigado.

Los problemas surgen cuando hay concepciones diferentes de los fines del matrimonio, sentido de la fidelidad y la vida extramatrimonial. Aparecen momentos críticos como los encuentros familiares cuando se exige observar valores de la otra cultura, etiqueta, tabúes y costumbres (celebraciones, cumpleaños, conmemoraciones, entierros, bodas u otras ocasiones). Para estos casos se recomienda periodos de vacaciones, donde él o ella viaja a su cultura de origen –**regresión cultural**– para relajar la tensión del ajuste y primar la integración. Con frecuencia los problemas de identidad étnica se manifiestan en la segunda o tercera generación

**Conflicto intergeneracional. Segunda y tercera generación.** Al problema de prioridades sobre la ruptura, identidad y adaptación que generan las migraciones se le suma los conflictos intergeneracionales propios de la dinámica funcional familiar.

La segunda generación con frecuencia adopta posturas de asimilación radical rechazando la cultura de origen de los padres por la tendencia natural a la diferenciación de los roles. (Para evitar de este modo el fracaso en la competición por los mismos roles).

Unos llegarán a ser españoles, otros mantendrán su condición de extranjeros. Si la primera generación trata de mantener su cultura de origen, la segunda estará más integrada culturalmente, pero más inadaptada socialmente y en conflicto frecuente con sus padres. Serán los nietos de inmigrantes (la tercera generación) los que comiencen a abandonar la sensación de sentirse extranjeros.

**Nivel económico.** En cualquier sociedad el bajo nivel socioeconómico está asociado a un menor nivel de salud. La mala salud es una consecuencia habitual de la pobreza y la pobreza puede ser una consecuencia de la mala salud.

El inmigrante no siempre consigue un empleo estable y convenientemente renumerado. El desempleo se asocia a un deterioro de la salud con tasas de mortalidad más elevadas, aumento de ingresos psiquiátricos,

estados de depresión, estrés, ansiedad, insatisfacción, sentimientos de frustración, de infravaloración, infelicidad, insomnio, etc., aumento de la morbilidad de gran participación psicósomática (ulcus, asma, etc.), medidas menos favorables de riqueza, nutrición, educación, reducción de las relaciones sociales, etc.

**Mito del retorno.** Mantener una idea de retorno, aunque sea a todas luces una fantasía, puede tener una función protectora y de ayuda en la elaboración del duelo migratorio y, en este sentido, es más positivo que se expresen a que se nieguen.

### ■ PATOLOGÍA DEPRESIVA EN LOS EMIGRANTES

Los trastornos mentales del inmigrante no tienen una relación única y necesaria con el proceso de la migración, por eso deben ser estudiados preferentemente bajo el prisma del ajuste psicológico a nivel personal y familiar y en segundo lugar como impacto del proceso migratorio.

### Síndromes funcionales psiquiátricos debidos a trastornos cerebrales o metabólicos

De forma extraordinaria pueden presentarse con síntomas psiquiátricos incluyendo sintomatología tipo depresión, el síndrome orgánico cerebral por procesos de origen infeccioso, por malnutrición, por descompensación de padecimientos médicos crónicos (neoplasias, trastornos endocrinos –enfermedades tiroideas– y trastornos congénitos –hemoglobinopatías–. y como consecuencia de heridas de guerra, torturas –golpes, depravación de oxígeno por sumersión en agua, corrientes eléctricas, etc. (Tabla 7).

### Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (SIECM)

Es una patología específica vinculada a la intensidad del estrés crónico provocado por la soledad, la lucha por la supervivencia y la sensación de fracaso y el duelo que padecen los inmigrantes irregulares o los que corren el riesgo de pasar a serlo.

**Características.** A medio camino entre los trastornos adaptativos y el trastorno por estrés postraumático se diferencia de éstos por:

- Los estresores implicados son muchos.
- La intensidad de los estresores es muchas veces muy elevada.
- Los estresores son externos e incontrolables.
- Múltiple (afecta a toda una serie de áreas bási-

**TABLA 7**

**Síndromes funcionales psiquiátricos debidos a trastornos cerebrales o metabólicos**

Corta incubación	Largo plazo
Meningitis meningocócica	Tripanosomiasis africana occidental
Malaria cerebral	Cisticercosis
Tripanosomiasis africana oriental	Esquistosomiasis
Encefalitis virales	Meningitis tuberculosa
	Meningitis eosinofílica ( <i>angyostrongilys, gnathosoma</i> )
	Sífilis terciaria
	Paragonomiasis
	Histoplasmosis
	Coccidiodomicosis
	Blastomicosis
	Criptococosis

cas, sobre todo hay duelo por la familia, duelo por el estatus social y duelo por los riesgos físicos de la migración).

- Se vive con muy poco apoyo social (los inmigrantes tienen menos red social que los autóctonos).
- Se observan pocas diferencias en la sintomatología según la cultura, la nacionalidad o el género, excepto las que añade una interpretación cultural de la sintomatología.

- Evolución crónica, meses e incluso años.

**Sintomatología.** El sometimiento a situaciones de estrés tan brutales produce síntomas enmarcados como:

- Área depresiva. Tristeza, llanto, baja autoestima, sentimientos de culpa, falta de interés sexual, pérdida o aumento del peso o del apetito -difícil de valorar por el cambio de dieta-. Pero no aparecen, sin embargo, algunos síntomas habituales de la depresión, como la apatía o las fantasías de muerte. Aunque sienten mucha tristeza, más que estar deprimidos, se encuentran apesadumbrados con alto nivel de autoestima. Se sienten derrotados pero no vencidos.

- Área de la ansiedad. Ansiedad de anticipación, pensamientos recurrentes e intrusivos, pensamientos obsesivos, preocupaciones excesivas, insomnio, irritabilidad, tensión, extremo nerviosismo, fobias -por ejemplo, al agua si realizó el viaje en patera-.

- Síntomas de tipo somatomorfo. Agotamiento crónico, insomnio de conciliación, jaquecas, cefaleas, vómitos, estreñimiento, dolores abdominales, fatiga intensa, dorsalgias y otras molestias osteoarticulares, amenorrea, hipertensión y, en último lugar, las torácicas y neurovegetativas (palpitaciones, diarrea).

- Síntomas de tipo disociativo. Miedo, sentimientos de soledad, desorientación y confusión temporoespacial, pérdida de memoria, pérdida de concentración, despersonalización, alucinaciones, desrealización, ideas de tipo delirante. Tienden a interpretar lo que les sucede desde su cultura (mala suerte, mal de ojo, de la hechicería, brujería, supersticiones). En los niños, este trastorno les hace mostrarse más agresivos.

- Síntomas conductuales. Problemas de sueño, cambios de apetito, conductas de búsqueda, hiperactividad, etc.

**Pronóstico y evolución.** El proceso es acumulativo. A veces incluso se manifiesta cuando, después de haber padecido mucho y durante mucho tiempo, su situación se normaliza. La realidad política y social en nuestro país (día a día se les cierran muchas más puertas, hay más problemas de papeles, más rechazo social) hace que cada vez se desarrolle el problema con menos tiempo de estancia en el país, incluso a los dos o tres meses.

Sin una intervención pronta, el síndrome puede derivar en grave enfermedad mental, en infartos o en suicidios.

### Duelo migratorio complicado

Cursa con insomnio, ansiedad, sentimientos de soledad y miedo al futuro, depresión y/o ansiedad de tipo reactivo o agudiza situaciones preexistentes, sentimientos de culpa, dispepsia, trastornos del sueño, lumbalgias, drogadicción, alcoholismo... Procesos que los convertirán en asiduos de nuestras consultas y con frecuencia fomentará las prácticas de medicina tradicional en conflicto permanente con nuestra medicina occidental y desaprovechando nuestra ayuda.

### Depresión estacional

Frecuente en los emigrantes procedentes del sur (países soleados). Se hace más evidente con los días cortos del invierno.

### Cuadros depresivos por desarraigo

Cuadros delirantes. Aparece con delirios de persecución, de referencia -sienten que los señalan- o de culpabilidad.

### Depresión del éxito

Los sentimientos de culpa por lo que se ha dejado atrás convierten en algo muy dificultoso la vivencia de las ganancias de la migración. Suele coincidir con el proceso de ambivalencia en el duelo.

## DEPRESIÓN E INMIGRACIÓN

### Trastorno depresivo mayor

En los inmigrantes tiene, muchas veces, un curso desfavorable por el contexto en el que tiene lugar: el gran número e intensidad de los estresores y el gran déficit en la red de apoyo social.

### Síndrome de la depresión postergada

Más frecuente en el segundo o tercer año de la migración. Aparece cuando se han agotado las defensas maníacas utilizadas durante un primer período en el cual los inmigrantes logran una rápida adaptación para el logro y mantenimiento de esa adaptación forzada. Puede haber manifestaciones somáticas del tipo de infarto de miocardio, úlcera gástrica, etc. Paradójicamente, no pueden disfrutar del esfuerzo realizado y de los éxitos logrados, cayendo bruscamente en un estado de tristeza profunda y apatía que les obliga, a veces, a abandonar su trabajo y su conexión con el ambiente externo.

### Trastorno distímico

Los síntomas incluirían sintomatología de tipo ansiosa y somatomorfa: pérdida del apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Han de darse al menos dos de los síntomas citados, durante al menos 2 años (en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración del cuadro debe ser de, al menos, un año).

### Trastornos bipolares

Es poco frecuente en los inmigrantes, salvo en algunos casos de pacientes de cultura latinoamericana.

### Beneficios para la salud mental por el hecho de la migración

Se sabe poco acerca de cómo los inmigrantes transforman las condiciones potencialmente estresantes en

**TABLA 8**

#### Mecanismos de los efectos benéficos del entorno cultural sobre la enfermedad mental

- Proporcionando vías de expresión emocional y estrategias catárticas.
- Sincronizando los universos de significados, con sus diferencias interindividuales, con la visión del mundo que es aceptada por todo el grupo social.
- Proporcionando mecanismos para atenuar el estrés derivado de la adaptación ecológica y del desempeño de los roles sociales.
- Forma en la que la sociedad se conduce con sus miembros enfermos, evitando el aislamiento y la marginalización.
- Mediante la creación de entornos gratificantes por parte de la organización socioeconómica, el control político y los líderes sociales.

González Vázquez AI, Ferrer Gómez del Valle E. *Epidemiología Especial. Estudios de Morbilidad de los Trastornos Psiquiátricos.* [En línea] [www.sepsiatria.org/sepsiatria/html/informacion\\_sociedad/manual/a6n3.htm](http://www.sepsiatria.org/sepsiatria/html/informacion_sociedad/manual/a6n3.htm) [Última consulta: 27-07-07]

oportunidades con logros educativos, personales, profesionales, económicos y sociales u otros indicadores del ajuste mental. Bajo la óptica de la resiliencia, estos conflictos y crisis son base del desarrollo. Un potencial humano activado que logra muy buenos resultados a pesar de un alto riesgo, que mantiene competencias bajo la amenaza, que sigue creciendo en armonía, que es capaz de superar el miedo, que tiene la fortaleza de convertir el trauma en una oportunidad de crecimiento, de superar las dificultades y salir fortalecidos de ellas.

Y a la inversa, tampoco hay descripciones de cómo se viven las no-migraciones forzadas, la imposibilidad de emigrar por leyes que restringen la salida o entrada de emigrantes, en determinados países, lo que da lugar a que haya personas que se sienten encerradas en un país en el que no quisieran permanecer, sin los beneficios del cambio.

## 4. Diagnóstico de la depresión en el inmigrante

*La comunicación puede ser dolorosa, la incomunicación... mucho más.*

Pilar Arranz. Psicóloga del Servicio de Hematología del Hospital La Paz de Madrid

### ■ VALORACIÓN CULTURAL DEL MÉDICO

Para la prevención de conflictos y establecimiento de relaciones óptimas con el paciente inmigrante, el médico debe realizar un autoexamen sobre sus convicciones y valores y manera de pensar sobre la cuestión étnica y sus actitudes sobre el pluralismo cultural y replantearlas si fuera necesario para evitar el etnocentrismo.

### ■ VALORACIÓN CULTURAL DEL PACIENTE

Cuando nuestro paciente es un inmigrante y posea prácticas y creencias diferentes respecto a la salud, la forma de enfermar y de curar y algunas, en colisión con las nuestras, se pueden favorecer rupturas en la atención con el resultado de consultas tensas y disfuncionales (distorsión paratáxica). Una mala praxis por disonancia cultural.

### La comunicación paciente-médico

La base práctica del grado del acercamiento al paciente y del entendimiento que podremos obtener se basan en nuestras habilidades, mediante la entrevista clínica, de establecer una adecuada comunicación médico-paciente y salvar, o al menos minimizar, el impacto de las diferencias culturales, raciales y étnicas.

### Congruencia o consistencia cultural

Define el grado de adecuación del estilo de vida de un individuo a su cultura tradicional adquirida por *enculturación* (proceso individual de aprendizaje de valores y pautas de conducta del grupo al que se pertenece). Los aspectos que se estudian para determinar la consistencia cultural incluyen patrones sociales, culturales, étnicos, religiosos, idiomáticos y grado de identificación con la etnia anfitriona (*aculturación*).

Evaluarla nos ayudará a entender hasta qué grado está integrado nuestro paciente en nuestra cultura y determinar cuáles van a ser las particulares creencias sobre la salud y su práctica. Así se comprenden mejor las necesidades de salud del paciente en cuestión (Tabla 9).

### Variabilidad cultural

**Modelo de inmigración.** Nuestros inmigrantes proceden tanto del medio urbano (Argentina, Brasil) como del rural (Marruecos, Polonia, Rumania). La mayoría acuden por razones económicas (Ecuador, Venezuela) pero también por la situación social y política que atraviesa su país (Rusia) o huyendo de los conflictos armados (Colombia), del genocidio, la persecución, la gran cantidad de asesinatos de los hombres y las violaciones de sus mujeres (Bosnia, Sudán).

**Comunicación. Idioma.** Si no hablamos el idioma del paciente podemos apoyarnos en guías de traducción, incluidas las informáticas. Los intérpretes no deben ser un miembro de la familia, deben estar familiarizados con la cultura del paciente, y deben intentar traducir todas las expresiones de ambos participantes literalmente y co-

TABLA 9

#### Congruencia cultural. Modelo BATHE de Stuart y Lieberman

Background	Fondo	¿Cómo le van las cosas hoy mismo?
Affect	Sentimiento	¿Cómo influye esto en usted? ¿Qué humor tiene?
Trouble	Problema	¿Qué es lo más le preocupa?
Handling	Manejo	¿Cómo está arreglando el asunto?
Empathy	Empatía	Demostrar que comparte las preocupaciones del paciente (¿Eso debe ser difícil, no?)

Stuart, Marian *The 15 minute hour. Applied Psychotherapy for the Primary Care Physician.* [En línea] [www.cpct.co.uk/cpct/CIP5ISSUE/CIP5SECT/cip.5/bathe.htm](http://www.cpct.co.uk/cpct/CIP5ISSUE/CIP5SECT/cip.5/bathe.htm) [Última consulta: 05-04-07]

## DEPRESIÓN E INMIGRACIÓN

operar con el clínico para procesar los componentes no verbales e intangibles de la entrevista verbal.

Algunas culturas facilitan la expresión de quejas, mientras que otras pueden inhibir la comunicación de sentimientos profundos a los profesionales de la salud: unas culturas son muy expresivas, otras más parcas, y que se convierten en estoicas cuando relatan sus padecimientos.

No podemos esperar que, aunque nuestro paciente hable el castellano como primera lengua, conozca los giros y los modismos que usamos en España.

**Paralenguaje.** La forma de emitir los mensajes (tono, intensidad de la voz, la entonación y la fluidez del lenguaje) conlleva una gran información consciente o inconsciente a la que no se debe uno exponer sin aclarar.

**Gestos y comunicación no verbal.** La kinestesia es el estudio del cuerpo en movimiento. Abarca gestos, movimientos del cuerpo, extremidades, manos, cabeza, pies y piernas, expresiones faciales (sonrisas), conducta visual (parpadeo, dirección y alcance de la mirada, y dilatación de la pupila) y postura con el objetivo adicional de comprender la razón de tales movimientos.

Nuestros gestos pueden tener otro valor y significado y serán interpretados de diferente manera a como los utilizamos espontáneamente y al uso con nuestros pacientes de siempre.

**La ropa.** El sentido de la vestimenta es variada, protección, abrigo, adorno o complemento, pero también puede significar clase social, jerarquía, adscripción religiosa o política o incluso opción sexual. Si nos resulta rara o inconveniente, nuestra postura será la de la admiración contenida sin demostrar asombro o extrañeza.

**Símbolos e imágenes.** Pueden ser interpretados de diferente manera por diferentes culturas. Un búho es la sabiduría, una serpiente representa la sabiduría o la salud, una vaca es ridícula, un perro es una mascota, el negro es luto y un gato negro es signo de buena suerte. Para un asiático un búho significa la locura, la serpiente les recuerda el veneno, una vaca es sagrada, un perro es despreciable, el blanco es luto y un gato negro es signo de mala suerte.

**Contacto visual.** Los ojos son la expresión del alma, a la que solo se tiene acceso autorizado. Muchos asiáticos consideran que mirar a un superior a lo ojos es irrespetuoso: es superior el hombre con respecto a la mujer, los padres de los hijos, los profesores a los estudiantes, los médicos a las enfermeras y así sucesivamente.

No debemos pensar en desinterés o falta de honestidad cuando nuestra mirada directa es evitada y debemos conocer qué otro significado puede tener para evitar equívocos en ambos sentidos.

**Proxémica o uso del espacio interpersonal.** Cada cultura tiene sus reglas sobre el uso del espacio interpersonal. Estas reglas no están escritas y nunca se enseñan pero están fuertemente establecidas y son conocidas por todos los miembros del grupo.

**Contacto personal.** En algunos grupos culturales, el contacto personal es sumamente importante porque puede significar aprobación, empatía, protección, apacibilidad, confianza y preocupación.

**Saludos.** Antes de iniciar una conversación o una petición es necesario un saludo general. Inicia el encuentro. Los saludos varían de una zona a otra según la tradición étnica.

**Tiempo y espacio.** No todo el mundo es cartesiano. La concepción del tiempo es, en algunas culturas, circular: como la naturaleza (las estaciones, el sol que sale cada día...). En la concepción hindú del mundo el tiempo puede ser algo superado. El tiempo es una rueda que da vueltas por los vastos ciclos de la creación (*sarga*) y de la destrucción (*pralaya*). En las culturas africanas se señala que el pasado no es pasado, sino presente.

**Organización y funcionalidad familiar.** En general la cohesión de la familia y el respeto a los mayores son valores fuertemente instaurados.

El sexismo es universal. La diferencia está en las diferentes formas culturales en que las mujeres responden a la discriminación u opresión sexual (servilismo, disfunción sexual, anorexia nerviosa, posesión del espíritu, etc.).

**Religión y espiritualidad.** Las creencias religiosas refuerzan la utilización individual de la proyección como mecanismo de enfrentamiento explicativo, pero también condiciona finalmente la conducta de búsqueda de ayuda del individuo e influye en su grado de esperanza en la recuperación y de resolver los ritos de las pérdidas familiares.

**Prácticas de salud. Agentes de la salud. Medicinas tradicionales.** Los inmigrantes procedentes de culturas en las que las medicinas tradicionales están establecidas no rechazan la ayuda de la biomedicina occidental pero buscarán también ayuda en su medicina tradicional dado su arraigo en su cultura.

Muchas de ellas tienen valores que en la medicina occidental se han perdido en aras de la técnica y el sometimiento a una relación médico-paciente de experto más que como colaborador de la salud del paciente. También por eso cada vez más pacientes occidentales acuden a estas medicinas alternativas.

### Variabilidad cultural de los trastornos mentales

Los trastornos mentales se atribuyen a factores múlti-

ples (biológicos, psicológicos y socioculturales). La cultura es un factor que contribuye de varias maneras (Figura 1).

**Patogenia.** Se refiere a las situaciones en las que la cultura es el factor causal directo del trastorno mental. Las ideas, creencias, valores, tabúes, etc. profundamente arraigadas y compartidas en una cultura pueden generar tensión y ansiedad que concluye en enfermedad psiquiátrica. Por ejemplo, causa inseguridad y ansiedad la exigencia cultural y, por tanto, la expectativa de la esposa de dar a luz un hijo varón para continuar el linaje familiar (romani).

**Patoselección.** La personalidad, factores individuales, condiciones psicológicas, la educación y las influencias culturales definen el modelo de reacción como opción cultural de conducta hacia la tensión, la ansiedad o la angustia y sus consecuencias y manifestaciones psiquiátricas. Por ejemplo, un marido engañado reaccionará maltratando a la esposa, pegando o matando al amante, suicidándose por la vergüenza social que sufre, suicidándose y matando a su mujer e hijos (Japón, *ikka-shinju*), deprimiéndose o retirándose a una vida ascética, o pidiendo el divorcio según la cultura en la que viva. Si no lo hiciera así sería considerado un cobarde, un hombre débil, o sin entereza, o al contrario iría en contra de sus creencias religiosas (que no permiten el suicidio, como en las musulmanas).

**Patoelaboración.** Cualquier conducta recibe un refuerzo cultural llegándose a constituir en algunos de

sus tipos como de verdadera función social que resuelve necesidades individuales y de la sociedad. Otras son claramente patológicas y se elaboran bajo una intensa influencia de la cultura. La anorexia nerviosa surge por la preocupación del sobrepeso para adaptar la imagen corporal a la norma que dicta la sociedad.

**Patofacilitación.** La posibilidad biológica distribuida espacialmente según áreas geográficas y la capacidad asistencial y diagnóstica de ese área define la prevalencia de los trastornos mentales. Es el caso de la esquizofrenia, cuya incidencia varía poco de un país a otro, o el de la depresión que sí tiene amplios márgenes de frecuencia.

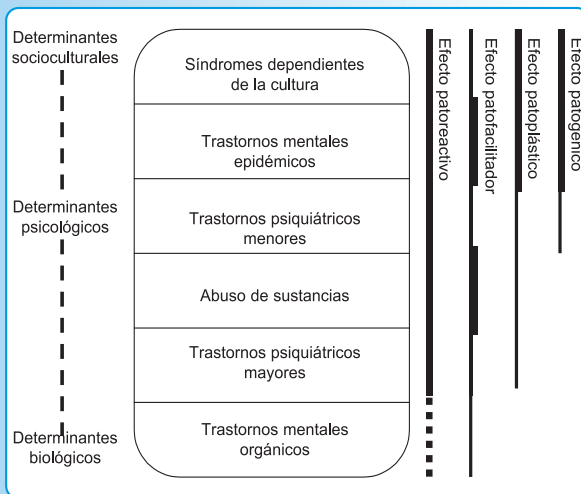
**Patorreactividad.** La cultura determina qué actitudes desarrollará la familia, la comunidad y la sociedad hacia el paciente. La reacción social, la capacidad de prevención, diagnóstico y tratamiento. Por ejemplo este concepto determinará el pronóstico de la esquizofrenia y el tratamiento del síndrome de estrés postraumático hacia una aceptación, integración social, facilitación del desarrollo vital y de los niveles de sufrimientos del paciente.

**Patoplastia. Contenido del síntoma.** La cultura contribuye en la construcción del síntoma psicopatológico. Las alucinaciones, contenidos del pensamiento, ideas delirantes, obsesiones y fobias están sujetas al contexto cultural donde se desarrollen como resultado del efecto plástico del ambiente externo. En la megalomanía será Jesucristo, Buda, Napoleón o el presidente de los Estados Unidos, la figura que se escoja según importancia o popularidad en su sociedad.

**Nivel del síntoma.** La patoplastia también favorece la presencia, ausencia, exageración, minimización del síntoma. Por ejemplo los acuciantes sentimientos de culpa en la depresión que presentan los pacientes alemanes inducidos por el concepto luterano *vs* hindúes que no lo poseen.

**Comunicación del síntoma.** En cada cultura se explican los sentimientos de acuerdo con su peculiar entendimiento de la vida. Síntomas como la tristeza, la ansiedad, el llanto, la baja autoestima, la culpa o las somatizaciones poseen características propias según el colectivo cultural al que pertenezca nuestro paciente. En las sociedades y grupos étnicos no occidentalizados se tiende a conceder más importancia a los malestares del cuerpo (dolores de cabeza, fatiga, mareos y vértigos), siendo menos frecuente la elaboración de los síntomas psicológicos. La psicologización o la experiencia y expresión de estrés en términos mentales o psicológicos, parece ser un fenómeno ligado a la cultura en occidente, en contextos urbano-occidentales, mientras

Figura 1. Espectro de la Psicología. Naturaleza de sus determinantes y su impacto cultural



Tseng, Wen-Shng. *Handbook of Cultural Psychiatry*. pág. 190. Academic Press, San Diego, Ca, 2001.

## DEPRESIÓN E INMIGRACIÓN

que en el resto de los sistemas culturales es habitual la presentación de un mayor número de quejas somáticas, del empleo de un lenguaje corporal y de la demanda de asistencia en contextos no psiquiátricos.

Aparte de dificultades lingüísticas para delimitar lo que es la tristeza podemos encontrarnos cómo se la llega a considerar un bien, como entre los musulmanes. El Corán considera que la vida es una prueba y que la tristeza por la pérdida de un ser querido es una oportunidad para reflexionar sobre las relaciones sociales y espirituales, así como sobre el propósito y el significado de la vida misma.

La tolerancia a la frustración es más baja entre varones provenientes de sociedades fuertemente patriarcales por lo que ante la adversidad y la frustración desarrollan más fácilmente mayores índices de ansiedad que sus mujeres.

La baja autoestima, los celos y la envidia son conceptos muy ligados a la idea del yo occidental, no existiendo como vocablo en algunas lenguas.

De la misma manera el sentimiento de culpa se halla muy mediatizado culturalmente y se expresa con menor frecuencia e intensidad en culturas no occidentales. En todo caso, sería una culpa más ligada al temor al castigo.

En todas las religiones el suicidio está prohibido y se considera pecado. Las ideas de muerte son muy bajas entre pakistaníes o marroquíes.

Las culturas orientales reprimen más la expresión de la agresividad, que está mucho menos permitida socialmente. De hecho, la cultura occidental es una de las más asertivas. Para muchas culturas (chinos, japoneses, indio americanos) el decir no es vivido como algo hiriente, agresivo. Hay culturas en las que incluso no hay un vocablo para decir no, y se considera muy ofensivo contrariar directamente a alguien.

En culturas no occidentales en las que no se separa lo físico y lo mental tan radicalmente, la sintomatología psicológica estará muy entremezclada con síntomas de tipo somático. Aparece insomnio, cefalea y fatiga, alteraciones de tipo osteoarticular, en menor porcentaje las molestias abdominales y, en último lugar, las torácicas y neurovegetativas más propias entre los occidentales.

No todos los inmigrantes reaccionan de la misma manera. Algunos se deprimen, otros manifiestan síntomas en diversas partes del cuerpo. El dolor de cabeza, de espalda, alteraciones cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias, disfunciones en el sistema inmunológico (alergias), son algunas de las molestias que pue-

den padecer los inmigrantes. Mientras que los inmigrantes sudamericanos son capaces de expresar lo que sienten y refieren que tienen estrés o están deprimidos, los africanos subsaharianos, por ejemplo, somatizan más la enfermedad y acuden a la consulta aquejados de dolores de estómago que, en realidad, obedecen a un trastorno mental.

La vivencia de fatiga es muy intensa, especialmente entre las mujeres inmigrantes que se quejan cuatro veces más que los hombres de este síntoma. Este dato podría deberse a que la mujer inmigrante soporta un gran estrés: trabaja en el exterior, generalmente en trabajos duros, lleva la casa, cuida a los niños... Afecta con mayor frecuencia a asiáticos y marroquíes. Para los chinos los trastornos de tipo depresivo se expresarían sobre todo a través del cansancio (neurastenia china).

En ciertas culturas el sufrimiento psíquico se considera algo vergonzoso o maligno, la persona puede ser la primera en asustarse de sus propias reacciones y esconderlas o minimizarlas. En otras el concepto popular de la enfermedad mental representa una parte fundamental de lo desconocido y divino donde intervienen actos de castigo por malas acciones ejecutadas. Con frecuencia el paciente nos ofrecerá interpretaciones de tipo mágico y divino acerca de las causas últimas de la enfermedad: mal de ojo, brujería, etc.

El trance y la posesión, la visión y audición de espíritus, y los milagros espirituales, entre otros, son comunes en individuos de culturas mediúmnicas. Normales para los individuos de éstas y no de otras.

**Historia clínica.** Además del nombre, edad y la edad que representa, sexo y estado civil, a lo largo de las visitas diferentes debemos conocer, identificar, investigar y registrar de nuestros pacientes inmigrantes: país de origen (especificando área rural o urbana) y grupo étnico o cultural, tiempo de residencia en España, migraciones anteriores, situación laboral antes y después de la migración, situación legal, condiciones de alojamiento, nivel educacional, idiomas hablados y uso del lenguaje, tanto en el plano del lenguaje verbal como en el del gestual o corporal. Religión, grado de su práctica y existencia de un sistema alternativo de creencias. Características de la migración (razones, proyectos, acompañantes, relaciones familiares, niños, pérdidas familiares recientes o desde su llegada). Grado de identificación con la cultura de adopción y grado de mantenimiento de los componentes de la cultura de origen. La capacidad de elaboración del duelo de la inmigración. Las expectativas que los pacientes y sus familias tienen respecto a la consulta; explica-

ción de las causas de la enfermedad, su pronóstico y el tratamiento. Capacidad, dentro de su modelo cultural, de percibir y poder describir su malestar. La alteración, las causas percibidas o los modelos explicativos que el paciente o el grupo de referencia utilizan para la enfermedad. Las vivencias subjetivas del padecimiento que determinan su forma de presentación y la modalidad de la narración de las mismas (no menospreciar, ni intentar modificar, los aspectos de la cultura del paciente que modelan y dan forma a la presentación de sus enfermedades). El significado y la percepción de la gravedad de los síntomas del paciente en relación con las normas de su grupo cultural. La forma de canalizar la demanda de atención, la conducta del estar enfermo y la asunción del rol del paciente. Papel que juegan la red familiar y sus creencias religiosas en el proceso de enfermar y de transmitir su padecimiento. Las interpretaciones culturalmente relevantes del estrés social, los apoyos sociales disponibles (número de personas con que puede contar si se encuentra en una situación difícil) y los niveles de actividad y discapacidad y si existe el proyecto o el sueño de devolver a su patria (Tabla 10).

Entre los antecedentes personales se investigarán datos de personalidad premórbida (expresividad emocional, sociabilidad, rasgos obsesivos, reactividad neurovegetativa, confianza en sí mismo, impulsividad, autonomía, altruismo y pragmatismo), si hay antecedentes de trastorno mental (su naturaleza aguda, crónica, insidiosa o recurrente), factores predisponentes, la indicación de pronóstico (el mejor predictor de la conducta futura es la conducta pasada) y la respuesta y cooperación del paciente en otros episodios.

### ■ VALORACIÓN FÍSICA. HALLAZGOS EXPLORATORIOS SEGÚN ETNIAS

Debemos ser conscientes de las diferencias derivadas de la variabilidad y diversidad étnicas en cuanto a antropometría, rasgos, color y textura de la piel, forma y color del pelo, distribución de la grasa corporal y resultados de laboratorio y pruebas especiales.

En psiquiatría no existe ninguna pauta, consenso, guía, directriz o protocolo clínico para la indicación de pruebas diagnósticas, salvo la evaluación inicial de laboratorio, la detección que excluya cualquier trastorno orgánico subyacente que pueda explicar la sintomatología psiquiátrica del paciente y las del estudio de las patologías concomitantes. El sentido común y el buen criterio clínico las dicta y si lo indican la anamnesis, la clínica y los primeros resultados (Tabla 11).

### TABLA 10

#### Guión de la anamnesis

##### Anamnesis familiar

Genética hereditaria: diagrama familiar.

Ambiental relacional: familia anterior y familia actual.

Composición familiar: vínculos, funcionamiento, relación afectiva, dependencias y origen.

##### Anamnesis personal

Desarrollo: embarazo normal o patológico, deseado o no, parto, deambulación, locución, control de esfínteres.

Síntomas psicopatológicos infantiles: temores, timidez, fobias escolares, conductas extravagantes, aislamiento, hiperactividad, enuresis, hurtos.

Escolaridad: rendimiento, actitudes, adaptación, cambios, funcionamiento en grupo.

Formación profesional y situación laboral: niveles alcanzados, rendimientos, cambios de trabajo y de responsabilidad y motivos, bajas, ambiente de trabajo.

Vida sexual y afectiva: información, satisfacción, inhibiciones, noviazgos, matrimonio, separaciones, promiscuidad, precauciones.

Relación social y actividades de su interés: amistades, vida de relación, actividad de ocio y tiempo libre, deportes, religión y arte.

Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas: tipo, períodos, cantidades y efecto.

Influencia de acontecimientos vitales: duelos, abandonos, separaciones, alejamiento de los padres o de los hijos, abortos, mudanzas, emigraciones, paro, jubilación, servicio militar.

Influencias por cambios de estación y menstruales.

Enfermedades somáticas o psíquicas (a veces no diagnosticadas): diagnóstico, evolución, tratamientos seguidos y resultados.

*Bulbena Vilarasa A. Exploración Psiquiátrica: propedéutica y psicopatología. En: Rodes Teixidor J, Guardia Massó J. Medicina Interna. p. 2203-2211. Masso Multimedia, Madrid, 1997.*

### ■ VALORACIÓN FÁRMACO-ANTROPOLÓGICA

De la mayoría de los medicamentos, incluidos los psicotrópicos, numerosos estudios han demostrado la influencia que la raza y la cultura tienen en la farmacocinética (qué porcentaje del agente farmacológico alcanza el órgano diana según absorción, distribución, metabolización y excreción) y la farmacodinámica (cómo responde el organismo al fármaco, diferencias del efecto sobre los neurotransmisores). Además de las variaciones intrínsecas no compartidas necesariamente por otras poblaciones (variabilidad inter-étnica) definidas genéticamente se han descrito posibles respuestas farmacológicas diferentes según factores individuales extrínsecos asociados a grupos poblacionales y regiones geográficas -variabilidad intraétnica- (edad, sexo, ejercicio, embarazo, hábitos alimentarios, tabaco, alco-

**TABLA 11**

**Pruebas complementarias en Psiquiatría**

<p>Hemograma completo (HC)•*.</p> <p>Determinaciones bioquímicas (electrolitos*, glucosa*, albúmina, proteínas totales, nitrógeno ureico en sangre*, creatinina*, calcio•, fósforo•, aspartato aminotransferasa AST*, alanino aminotransferasa ALT*, fosfatasa alcalinas*,<sup>o</sup>gamaglutamiltransferasa*, bilirrubina*, hierro, magnesio, colesterol y triglicéridos).</p> <p>Pruebas de funcionalismo tiroideo•*.</p> <p>Pruebas de detección de la sífilis (VDRL o RPR)•*.</p> <p>Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en pacientes con riesgos potenciales.</p> <p>Niveles plasmáticos de vitamina B1 2 y ácido fólico•*.</p> <p>Urianálisis (con tiras reactivas para proteínas y glucosa)*•.</p> <p>Toxicología en orina (drogas, metales pesados, esteroides anabolizantes).</p> <p>Uroporfirinógeno y porfobilinógeno.</p> <p>Uroporfirinógeno-1-sintetasa eritrocitaria.</p> <p>Ceruloplasmina plasmática.</p> <p>Radiología de tórax.</p> <p>Electrocardiograma.</p> <p>Electroencefalograma*.</p> <p>Tomografía axial computarizada o resonancia nuclear magnética*</p> <p>Flujo sanguíneo cerebral.</p>	<p>Radiografía de cráneo.</p> <p>Alcoholemia en sangre o en el aire espirado. Detección de drogas.</p> <p>Detección de metales pesados.</p> <p>Anticuerpos antinucleares.</p> <p>Punción lumbar y análisis del líquido cefalorraquídeo.</p> <p>Niveles plasmáticos y urinarios de cobre.</p> <p>Ceruloplasmina plasmática.</p> <p>Pruebas para el virus de la inmunodeficiencia humana.</p> <p>Prueba monospot (mononucleosis infecciosa).</p> <p>Hemocultivos.</p> <p>Pruebas para la tuberculosis y la brucelosis.</p> <p>Prueba del embarazo.</p> <p>Osmolalidad sérica y en la orina.</p> <p>Polisomnografía.</p> <p>Tumescencia peneana nocturna.</p> <p>Potenciales evocados.</p> <p>Sangre oculta en heces.</p> <p>Gases arteriales.</p> <p>Pruebas periódicas.</p> <p>Pruebas periódicas según edad de froitis del cuello del útero y mamografías.</p>
<p><b>Seguimiento psicofarmacología</b></p> <p>Niveles plasmáticos de fármacos.</p> <p>ECG, Hemograma, fórmula diferencial, P. hepáticas.</p>	<p><b>Complementarios</b></p> <p>Marcadores neurobiológicos, titulares y genéticos.</p> <p>Polisomnografía, Potenciales evocados.</p>

• Algunos investigadores recomiendan una evaluación de laboratorio y diagnóstica muy breve y selectiva en aquellos pacientes que no presenten signos o síntomas obvios de enfermedad física, escogiendo las pruebas en base al principio de relevancia clínica del trastorno concreto del paciente.  
 \* Se recomienda el uso de estas pruebas en los estudios de pacientes en los que se presenta por primera vez una demencia. Las pruebas que se consideran complementarias a esta «batería principal» son la tomografía axial computerizada, la resonancia magnética nuclear, la electroencefalografía y los estudios del líquido cefalorraquídeo.  
 Morihsa JN, Rosse RB, Cross CD. Análisis clínicos y otras pruebas diagnósticas en psiquiatría. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. (Eds) Tratado de Psiquiatría. The American Psychiatric Press. 2ª Ed. p 291-324. Ancora SA. Barcelona, 1996. [1 CD].

hol factores ambientales, contaminantes y factores culturales) (Figura 2).

Los factores extrínsecos individuales (edad, sexo, ejercicio, embarazo, hábitos alimentarios, tabaco, alcohol, factores ambientales, contaminantes y factores culturales) parecen ser más importantes que los factores intrínsecos (genotipos) en la explicación y la valoración de la eficacia y seguridad de los fármacos cuando se trata de razas. Aunque haya factores genéticos tiene más consecuencias la influencia de los factores extrínsecos.

### ■ VALORACIÓN PSICOSOCIAL

Conviene conocer la red de apoyo social y familiar de nuestro inmigrante, de qué manera efectiva funciona atenuando los efectos patógenos de los eventos vitales estresantes y en caso necesario conocer los recursos existentes en la zona en la que vive el inmigrante,

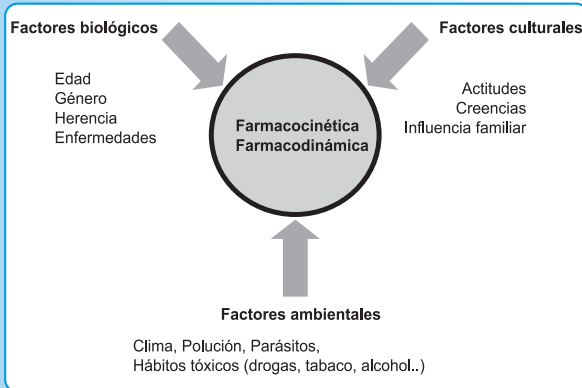
por cuanto facilita el acceso y orientación a los recursos de la sociedad, cuáles serían y cuál sería el grado de aceptación de estos recursos según su mentalidad.

La falta de soporte social conllevaría un peor pronóstico en los individuos depresivos teniéndose en cuenta que la falta de un soporte social efectivo puede ser tanto origen de la enfermedad afectiva como consecuencia de ésta.

**Elaboración diagnóstica.** Obtener un diagnóstico puede ser un gran desafío, incluso para los mejores médicos, porque las manifestaciones de los trastornos mentales y desórdenes físicos varían con la edad, género, raza, etnicidad y la cultura (Tabla 12).

La utilización de sistemas diagnósticos que no estén moderados por el conocimiento de categorías indígenas puede conducir a resultados inexplicables o sin significado. Por ejemplo, los pacientes enfermos negros con trastorno de angustia y agorafobia, patología más frecuente en esta

Figura 2. Factores de la variabilidad de la respuesta a fármacos



Poolsup N, Li Wan Po A, Knight TL. Pharmacogenetics and psychopharmacotherapy. *J Clin Pharm Ther* 200;25:197-220.

minoría étnica, presentan con alguna frecuencia alucinaciones o miedos delirantes y entonces, sin la referencia transcultural, son diagnosticados como psicóticos. También las obsesiones, cuando son egodistónicas, pueden ser interpretadas como delirios o trastornos del pensamiento y diagnosticarse como psicosis. Sin embargo, el trastorno en el que son más frecuentes los errores diagnósticos es en el trastorno de estrés postraumático, ya que los individuos de esta raza presentan más frecuentemente síntomas psicóticos e ideación paranoide que otros grupos. Los bipolares de raza negra presentan más frecuentemente que los blancos el subtipo de cicladores rápidos y episodios con síntomas psicóticos, principalmente alucinaciones, casos erróneamente diagnosticados por los psiquiatras como esquizofrenia. También en la depresión son más frecuentes en estos enfermos los rasgos paranoides y la existencia de suspicacia.

Un médico poco familiarizado con los matices del marco cultural de referencia de un individuo puede juzgar incorrectamente, como psicopatológico, esas variaciones normales en la conducta, creencias o experiencia que son particulares a la cultura del individuo y no considerados patológicos.

**Instrumentos y cuestionarios.** Los instrumentos (test psicológicos, escalas de valoración y entrevistas semiestructuradas) disponibles se están utilizando en culturas y poblaciones diferentes de aquellas de donde se originaron, muchas veces sin las precauciones y adaptaciones que garanticen la validez de los resultados generados en su aplicación y su utilidad en el diagnóstico interracial.

**Diagnóstico en caso de urgencia psiquiátrica.** Pueden aparecer psicosis reactivas, alcoholismo y drogodependencias, crisis de ansiedad (agorafobia, fobia social, ataques de pánico), trastornos disociativos y exacerbación

TABLA 12

## Formulación cultural de casos psiquiátricos DSM-IV

### I. Historia clínica

1. Identificación del paciente.
2. Historia de la enfermedad actual.
3. Historia psiquiátrica y tratamiento previo.
4. Historia social y del desarrollo.
5. Historia familiar.
6. Curso y resultado.
7. Formulación diagnóstica en 5 ejes.

### II. Formulación cultural

- A. Identidad cultural.
  1. Grupo(s) cultural de referencia.
  2. Lengua.
  3. Factores culturales en el desarrollo.
  4. Implicación con la cultura de origen.
  5. Implicación con la cultura huésped.
- B. Explicaciones culturales de la enfermedad
  1. Idioma predominante del distrés y categorías locales de enfermedad.
  2. Sentido y severidad de los síntomas en relación con las normas culturales.
  3. Causas percibidas y modelos explicativos.
  4. Experiencias y planes de búsqueda de ayuda.
- C. Factores culturales relacionados con el entorno psicosocial y niveles de funcionamiento
  1. Estresantes sociales.
  2. Soporte social.
  3. Niveles de funcionamiento y discapacidad.
- D. Elementos culturales en la relación paciente-médico.
- E. Valoración cultural global.

Caballero Martínez L. Patología psiquiátrica y emigración. *Psiquiatría y Atención Primaria* 2002; 3(3):17-26. [En línea] [www.esteve.es/EsteveArchivos/1\\_8/Ar\\_1\\_8\\_24\\_APR\\_11.pdf](http://www.esteve.es/EsteveArchivos/1_8/Ar_1_8_24_APR_11.pdf) [Última consulta 12-07-07]

de patología preexistente (esquizofrénica o depresión).

Se debe hacer un escrutinio global del caso y tomar decisiones sin gran demora. En tales casos es recomendable valorar cuatro puntos fundamentales:

- Grado o riesgo de autoagresividad o heteroagresividad según los antecedentes inmediatos y anteriores del paciente, sus desarmonías sociales y su desorganización mental.
- Factores orgánicos (factores tóxicos, metabólicos metabólicos, cerebrales y farmacológicos).
- Predominio de cada síntoma e interacciones entre ellos.
- Reacción que puede suscitarse ante la prescripción terapéutica y diagnóstica, como el envío a un psiquiatra, la indicación de internamiento, el tratamiento psicofarmacológico o psicoterapéutico o ciertas exploraciones complementarias.

# 5. Tratamiento de la depresión en el paciente inmigrante

*Si la gente corta el prepucio de sus hijos como lo hacemos nosotros y muere nuestra muerte, nos podremos entender bien.*

Aduanero que custodia la frontera de Alto Volta con Malí

### ■ BARRERAS PARA LA ATENCIÓN MENTAL DE LAS MINORÍAS

Las creencias y prácticas culturales de los individuos como, por ejemplo, la familia en cuanto sistema de apoyo central, la religión en cuanto sistema de apoyo o terapéutico alternativo, o una visión fatalista de la vida, pueden afectar la aceptación o no, por parte del inmigrante, de las intervenciones relacionadas con la depresión, de los problemas prácticos relacionados con la accesibilidad de los servicios, la adherencia al tratamiento, la continuidad de los cuidados y hasta el modo de ruptura clínica (Tabla 13).

### ■ PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Son más realistas las actuaciones encaminadas a prevenir la cristalización de problemas emocionales in-

**TABLA 13**

#### Barreras para la atención mental de las minorías

##### Principales

- Disgregación social
- El costo de la atención médica
- Reconocimiento de la enfermedad mental como estigma social
- Excesiva organización burocratizada y fragmentada de los servicios
- Falta de conocimiento del sistema de atención médica

##### Adicionales

- Falta de conocimientos en los profesionales sobre la cultura de los pacientes de las minorías
- Tendencia a basarse sólo en conceptos y en tradiciones diagnósticas de la cultura occidental
- Prejuicio e incapacidad de los profesionales de la salud para hablar el idioma de los pacientes de las minorías
- Desconfianza de las minorías en los tratamientos "oficiales"
- Racismo y discriminación sociales que afectan a la salud mental y contribuyen a su más bajo estado económico, social y político.

*Comino EJ, Silove D, Manicavasagar V, Harris MF. Acuerdo sobre síntomas de ansiedad y depresión entre los pacientes y los médicos de familia: la influencia de la etnia. Centro de Salud 2001;9(3):193-200.*

cientes y las intervenciones tempranas universales que la prevención del primer episodio.

**A. Actividad asistencial cotidiana general.** Uno de cada cuatro pacientes de atención primaria sufre ansiedad o depresión. Dado que a veces estos síndromes no se muestran de forma obvia durante la entrevista, conviene buscarlos.

**B. Consulta específica con trastornos mentales.** En pacientes que presenten circunstancias adversas (duelo, víctimas de violencia, despidos laborales) debe descartarse la presencia de síntomas psiquiátricos. Aunque la queja puede ser de tipo físico (por ejemplo, cefalea, dorsalgia, etc.) el equipo puede detectar un momento de crisis, una repercusión de crisis anterior o bien la cronificación de esas situaciones en forma de trastorno mental.

**C. Actividades de otros programas preventivos o de promoción de la salud.** Los factores de riesgo para la salud mental se pueden detectar en la mayoría de los casos a partir de las denominadas transiciones o crisis psicosociales: el conjunto de acontecimientos vitales particulares que producen reacciones psicológicas y trastornos por los que se consulta al médico de familia o que se detectan a partir de la entrevista clínica cuando el paciente acude por otros motivos.

**D. Programas específicos.** Han dado resultados positivos en la población inmigrante programas como:

- Curso cognitivos-conductales de control emocional en inmigrantes con bajos ingresos.
- Programa de seguimiento materno-infantil a inmigrantes con visitas a domicilio.
- Apoyo a la autosuficiencia y facilitadores amortiguación del estrés del adulto.
- Asistencia a los inmigrantes desempleados.
- Eliminar barreras estructurales y funcionales para mayor accesibilidad (rapidez del contacto inicial para el tratamiento y facilitación del contacto inicial temprano, usos de los servicios y mentalización necesidad ayuda exterior).
- Campañas sobre efectividad de los tratamientos.
- Divulgación e información sobre depresión (depresión grave o distimia), ansiedad generalizada, pánico, fobia (específica, social o agorafobia) y trastornos relacionados con el uso de sustancias.

- Modificación de los malentendidos acerca de la naturaleza de la enfermedad mental y la percepción de la enfermedad mental como un estigma.

- Aumento tasas de tratamiento desde Atención Primaria (los tratamientos de las enfermedades mentales más comunes se han demostrado tanto inocuos como eficaces).

- Formación médica continuada sobre salud mental en AP.

- Programas de garantía de la calidad para abordar el problema generalizado del tratamiento inadecuado.

- Programas de detección e intervención precoz para personas con trastornos mentales de aparición temprana.

- Favorecer estrategias culturalmente disponibles y aceptables (medicina alternativa y complementaria, el uso de redes informales de apoyo social, desplazamientos facilitados, etc.).

**Agente Comunitario de Salud.** Una manera de facilitar las intervenciones de promoción de la salud es a través de la figura del Agente Comunitario de Salud. Ésta consiste en un intermediario o representante acreditado dentro de la comunidad donde se va a intervenir con conocimiento global del territorio de asentamiento y su población al que se provee de conocimientos sobre comunicación y relaciones humanas, técnicas y principios grupales en educación para la salud, técnicas de entrevista y cumplimentación de los registros, para que actúe como educador y mediador entre la minoría y el Equipo de Atención Primaria.

**Terapéutica psiquiátrica.** Varios son los recursos disponibles para el tratamiento (farmacológico y no farmacológico) de la depresión. Su aplicación se rige por principios universales independientemente de las variaciones culturales de los sujetos (Tabla 14).

**Psicoterapia.** Aparte de las dificultades de comunicación por las distancias culturales y el idioma hay que tener en cuenta que los inmigrantes con frecuencia viven situaciones de supervivencia más prioritarias que la atención psicoterapéutica y pueden tener dificultades para acudir al tratamiento.

**Tratamiento farmacológico.** La medicación que vayamos a usar sigue los principios usuales para su elección y dosis (terapéutica psiquiátrica en los inmigrantes).

Pero tengamos en cuenta la posibilidad de factores farmacogenéticos, dinámicos y cinéticos como el aumento de la susceptibilidad de los asiáticos frente L-Dopa (dicinesia), antipsicóticos, antidepresivos y benzodiazepinas (tipo *alcohol-flushing*); niveles plasmáticos superiores y respuesta clínica más rápida frente a los antidepre-

**TABLA 14**

### Aspectos psicoterapéuticos universales

- Las operaciones terapéuticas básicas: identificación y nominación del problema por el que consulta el paciente, prescripción de un remedio y control del tratamiento.
- Los elementos del tratamiento:
  - Establecimiento de una relación terapéutica que vehicula el tratamiento.
  - Construcción de un marco terapéutico consistente (incluye elementos como una indumentaria adecuada, el ambiente institucional, la decoración del escenario, los rituales del terapeuta que le acreditan como tal, etc.).
- El acto de definición de la etiología del problema (mediante el diálogo exploratorio, las pruebas complementarias, etc.).
- La explicación del problema al paciente en términos comprensibles y aceptables desde su concepción del mundo.
- La prescripción del tratamiento (medicamentos, consejos de conducta, cambios en el ambiente, rituales, ceremonias, etc.).

*Tseng WS, McDermott JF. Psychotherapy: historical roots, universal elements and cultural variations. American Journal of Psychiatry 1975; 132: 378-384.*

sivos tricíclicos y un metabolismo del litio menos efectivo en los negros americanos y que por ello puede requerir dosis menores para el tratamiento de la depresión. Los hispanos y nativos americanos presentan estas diferencias pero sin correlación clínica (Tabla 15). Existe diferente tolerancia a los efectos adversos de la medicación y según dieta de origen, posibles interacciones alimentarias medicamentosas (Tabla 16).

Se deben utilizar uno o dos fármacos de cada familia, respecto a los que ya tenga cierta experiencia y dominio clínico. No usar dosis infraterapéuticas; un psicofármaco por debajo de su umbral terapéutico sólo causa molestias y no reporta ninguna ventaja al paciente (Tabla 17).

**Adherencia al tratamiento.** El cumplimiento de la medicación prescrita se facilita si conocemos cómo es vivido tomar el fármaco desde la concepción del mundo del paciente y, de acuerdo, ofrecemos una explicación simple y didáctica acerca del problema de salud que le aqueja, la adecuación de la indicación del fármaco, la importancia del horario de las tomas, la duración del tratamiento, sus posibles efectos secundarios y cualquier cuestión por la que pueda mostrar recelo.

**Abordaje comunitario y social.** El inmigrante no sólo presenta necesidades puntuales frente a la vivienda, el empleo o la formación. No basta con que se cuente con un empleo y unas condiciones materiales dignas para vivir (ya de por sí difíciles frente a las políticas de exclusión, marginalización social y explotación laboral a las que son sometidos), sino que también

## DEPRESIÓN E INMIGRACIÓN

**TABLA 15**

**Requerimientos de medicación antidepressiva según origen**

Medicación	Negros	Hispanos	Asiáticos
Ansiofíticos	Patrón habitual	Patrón habitual	Menores dosis de benzodiazepinas
Antidepresivos y estabilizantes del ánimo	Tricíclicos: metabolización más lenta (respuesta más rápida; más frecuente aparición de efectos tóxicos). Antidepresivos ISRS: de elección (formas éticas y menor toxicidad). Menores dosis	Tricíclicos: mejor respuesta con la mitad de dosis, mayor frecuencia de efectos secundarios. Mayor discontinuación del tratamiento. Serotoninérgicos; igual pauta.	Dosis menores de tricíclicos Sin datos para los antidepresivos serotoninérgicos. Estabilizantes del ánimo: responden con dosis plasmáticas más bajas.
Litio	Mayor frecuencia de efectos secundarios, peor respuesta.		

Department Of Health And Human Services U.S. Public Health Service. Mental health: culture, race, and ethnicity. [En línea] [www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/cre/sma-01-3613.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/cre/sma-01-3613.pdf) [Última consulta: 12-08-07].

es necesario que cuente con espacios para elaborar, de manera adecuada, los cambios psíquicos que impone su nueva situación, que los pueda entender y así mismo pueda contar con servicios de apoyo y soporte psicológico que tengan en cuenta, entre otros, su visión del mundo, sus conceptos de salud y enfermedad, sus valores, creencias y cultura.

**La adversidad social.** La salud mental está determinada negativamente por las condiciones sociales crónicas de la población con bajos recursos, especial-

mente los inmigrantes y minoría racial y étnica. Estas condiciones incluyen estresantes como la violencia, el racismo, la discriminación y sobre todo la pobreza.

**Pronóstico.** El derecho a saber es vivido en otras culturas de manera diferente: no es una necesidad ni se exige o es negado a sabiendas (mejicanos, filipinos, chinos e iraníes). Las malas noticias no son aceptadas en algunas culturas, así como los malos pronósticos no se tiene costumbre de participarlos al paciente. Pueden creer que si Dios o los espíritus quieren que alguien enferme, nada puede hacerse para evi-

**TABLA 16**

**Efecto de la alimentación en el metabolismo de los antidepressivos**

	Alimento	Distribución	Inducción
<b>Inducción enzimática</b>			
CYP1A2	Vegetales crudos (col, brotes de soja)	Asia y países no desarrollados	↑
	Hidrocarburos generados durante la preparación de los alimentos (carne asada)		
	Consumo de tabaco		
	Proteínas	Occidente	↓
CYP3A4	Mosto		↑
	Hierba de San Juan		
Tiroxina descarboxilasa	Salsa de soja, ciclamato, pescado seco	Asiáticos	Interacción
<b>Alteración de la absorción</b>			
Proteínas		Asia y países no desarrollados	↑
Soja, café, té			
Dieta pobre en sal			
	Dieta rica en hierro y proteínas	Occidente	↓

↑ Aumento actividad enzimática o absorción, menor disponibilidad metabolitos activos.

↓ Disminución actividad enzimática o absorción, mayor disponibilidad metabolitos activos.

Abad Santos F, Río Gutiérrez-Valle MJ. Interacciones entre alimentos y fármacos. *Farmacología Clínica*. 1999, 5 (1) [En línea] [www.hup.es/ecl/far/pdf5n1.htm#2](http://www.hup.es/ecl/far/pdf5n1.htm#2). [Última consulta 28-07-07].

Montoso JB, Salgado A. *Interacciones Fármacos-Alimentos*. Rubes Editorial S.L. Barcelona, 1999.

**TABLA 17**

**Recomendaciones y principios generales fármaco y raza**

1. **Fármacos equivalentes.** Limitar la práctica de sustitución: la efectividad y toxicidad del fármaco pueden variar entre diferentes grupos raciales y étnicos.
2. **Fármacos opcionales.** Los estudios poblacionales de nuevos fármacos deben incluir subgrupos raciales y étnicos para detectar posibles casos de polimorfismo genético que permitan su recomendación ventajosa.
3. **Protocolos farmacológicos.** Es indispensable individualizar la terapia con respecto a la opción apropiada del fármaco y sus dosis teniendo en cuenta el origen racial y étnico del paciente.
4. **Evidencia farmacológica.** Debe aplicarse ajuste de dosis en caso de comportamiento farmacológico atípico o con efectos inesperados independientemente de que esté documentado.
5. **Relevancia clínica.** El personal sanitario debe ser consciente de la importancia clínica creciente del valor racial y étnico.

tarlo. Si llega el caso solo hay que asesorarse con la familia para saber cuál debe ser nuestra actuación.

**Interconsultas y derivaciones.** Para el médico de atención primaria puede ser muy útil discutir la situación puntual de un paciente y su caso con un psiquiatra antes de remitir al enfermo, bien para evitar la derivación o bien como ayuda para hacerla de la forma más adecuada.

Cuando se planea la remisión, ésta debe comentarse abierta y cuidadosamente con el paciente (Tabla 18).

**Psiquiatría de enlace.** La psiquiatría de enlace como subespecialidad de la psiquiatría se ocupa de los trastornos psiquiátricos presentes en pacientes de otras áreas de la medicina, ya sea como morbilidad previa, concomitante o posterior; de las alteraciones emocionales que surgen en relación a los diagnósticos y tratamientos médicos, y de aquellos aspectos de la relación entre los equipos tratantes que son relevantes para la atención del

**TABLA 18**

**Criterios de derivación de depresión al equipo de salud mental**

- Trastorno depresivo severo o resistente al tratamiento.
- Conductas peligrosas para el propio paciente o para los demás.
- Intento de suicidio o ideas suicidas.
- Estados emocionales intensos que incapacitan al paciente para actividades simples.
- Conductas disfuncionales que requieren cambios caracteriológicos y conductuales.
- Peritajes jurídico-legales.
- Necesidad de tratamientos reservados al especialista.
- Necesidad de ayuda diagnóstica y terapéutica del especialista.

*Tizón García JL. Componentes psicológicos de la práctica médica: Una perspectiva desde la atención primaria. Ediciones Doyma. 1988. pp 203.*

paciente y su familia (Unidad de cuidados intensivos, diálisis, cirugía, sida, diabetes, trasplante de órganos, trastornos facticios, dolor crónico, abuso de tóxicos, oncología, etc.). En nuestro caso sigue los mismos principios enumerados.

**Revisiones, cita previa.** En algunas culturas solo se acude al médico cuando uno se siente enfermo. Así, en nuestro medio, el inmigrante entonces solicitará la consulta, si acaso, o acudirá sin cita previa o escogerá el servicio de urgencias. Para ciertos inmigrantes, la cita previa y las revisiones son un sistema novedoso que les puede suponer una aparente barrera, pues no deja de ser un trámite más, y pedir la cita les supone, dentro de su posible estricto horario laboral, desplazamientos al centro de salud por partida doble.

Tengamos en cuenta horarios y compromisos culturales y religiosos que algunos pacientes pueden tener (*Ramadán* y coincidencia con las horas de rezos entre los musulmanes).

**Política del equipo, del servicio y del sistema.** Resulta imprescindible la progresiva sensibilización de los médicos en temas culturales y de inmigración, así como el desarrollo, desde las instituciones, de programas y recursos específicos para el abordaje de este problema.

Se defiende un tratamiento médico interdisciplinar donde la entrevista terapéutica, la relación médico-paciente y el abordaje de las diferencias culturales y lingüísticas se realicen con técnicas específicas y la participación de diferentes profesionales: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, antropólogos, mediadores, intérpretes, de la educación, del personal de la administración y de las ONG, etc., y a veces de los oficiantes de las medicinas tradicionales.

Nos encontramos con una mezcla de pacientes inmigrantes de diversos orígenes y dentro de cada minoría, grupo racial o étnico sin poder esperar ninguna uniformidad. Más bien, cada uno de ellos es muy heterogéneo, con idiomas, prácticas espirituales, patrones demográficos y culturas con antecedentes históricos, geográficos a veces próximos pero inmensamente diferentes. Además cada individuo presentará un grado de aculturación distinto. Sus necesidades de salud, sus maneras de vivir la enfermedad y las expectativas de lo que debe ser un tratamiento significarán un reto comparativo con nuestros pacientes de siempre.

Ésta es una situación sobrevenida, sin tradición o formación curricular específica en los planes de estudio de pregrado y escasa en el postgrado. Para la Atención Primaria y la Psiquiatría, se nos da la oportunidad de adecuar nuestras actuaciones, equipo y sistema a los requere-

## DEPRESIÓN E INMIGRACIÓN

rimientos de atención de estas poblaciones. De un nuevo camino que andar con la responsabilidad de desarrollar instrumentos y técnicas de intervención adecuadas a los problemas particulares de salud y atención de la enfermedad mental que presentan estas poblaciones.

Desafortunadamente no hay directrices, guías, protocolos o una receta fija que resuelva definitivamente este handicap. No es que no haya propuestas. Tanto desde la Atención Primaria, como desde la Psiquiatría, se proponen técnicas de abordaje, se ejemplarizan objetivos y modelos de trabajo de demostrada eficacia (Tabla 19, 20 y 21).

**Formación médica continuada.** En nuestro medio hay pocos profesionales que, perteneciendo a las minorías, presten atención en la salud, la salud mental y la asistencia social. Y aunque es erróneo que sólo desde la cultura común se pueda entender o tratar a los pacientes, en otros países estos profesionales tratan una más alta proporción de pacientes de las culturas minoritarias que los profesionales de la cultura predominante y con mayor eficacia, adhesión y cumplimiento de los tratamientos.

El discurso biomédico, hegemónico, conlleva una

cosmovisión, unos valores y unas formas de conducirse que no necesariamente coinciden con las de quienes buscan ayuda en el terreno profesional de la salud y de la salud mental con la arritmia y consecuencias negativas que estas disonancias provocan en el proceso terapéutico. Es necesario, para una práctica profesional competente, coherente e implicada, facilitar el conocimiento práctico y crítico de metodologías, proyectos y modelos de intervención en el ámbito de la salud mental cuando se atiende a la población inmigrante, minorías étnicas y raciales. Todos los profesionales de la salud mental están a favor de adquirir, desarrollar o afianzar sus conocimientos, habilidades y técnicas sobre la función de la edad, género, raza, etnicidad y cultura en la atención, tratamiento e investigación sanitaria.

Pero la Atención Primaria ofrece una perspectiva deficiente en cuanto la formación de sus profesionales en el ámbito psicosocial, tanto a nivel de conocimientos, habilidades e instrumentos básicos del mismo como a nivel de actitudes; en particular, en el ámbito de la entrevista clínica y los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para llevar a cabo la ayuda psicológica y psiquiátrica en Atención Primaria. Por término medio, los médicos de asistencia primaria se equivocan más de la mitad de las veces a la hora de diagnosticar los trastornos psíquicos. En el caso de que el médico acierte en el diagnóstico de la enfermedad mental, suele fallar en la prescripción del tratamiento idóneo.

Por consiguiente, hay que procurar que los médicos dispongan de los incentivos y oportunidades suficientes para que participen en actividades formativas de mejora de calidad en el manejo de los psicofármacos que sean eficaces en la población inmigrante y minoritaria racial y étnica, culturalmente y lingüísticamente apropiados y consistente con las normas de la práctica.

Tenemos la importante misión de servir de intermediarios entre varias culturas, al atender pacientes que responden a las psicopatologías de estas otras culturas. La terapia intercultural es un alegato antiracista y anticolonial para todos aquellos que consideraron las creencias no-occidentales como inferiores; no hay hombres inferiores, sino de otras culturas, y conociéndolas podremos ser más eficaces profesionalmente.

Aspectos formativos serían:

- Conocer la cultura de estos pacientes, con su religión, sus costumbres e ideosincracia.
- Estrategias potenciales del manejo interpersonal de problemas.

**TABLA 19**

### Abordaje de la salud mental del inmigrante por el médico de familia

- Mantener la máxima de que lo obvio puede serlo solo en nuestra cultura.
- Normalizar la ambivalencia producida por la identificación con dos culturas.
- Explicar la enfermedad y su tratamiento en función de la cultura del paciente.
- Determinar las expectativas de nuestro paciente.
- Averiguar cuál es la narrativa que tiene el paciente para explicar su enfermedad.
- Ayudar al paciente a normalizar sus reacciones.
- Incrementar su sensación de control interno.
- Intentar que entienda la situación y los síntomas como algo transitorio.
- Intentar ayudarle a encontrar una narrativa para lo que está viviendo (logoterapia).
- Orientar a la persona hacia el futuro, hacia la búsqueda de soluciones.
- Recordar las estrategias con éxito de afrontamiento anteriores.
- Ayudar a la persona a encontrar redes sociales o familiares en que apoyarse.
- En caso de estrés enseñar técnicas de relajación.

Muiño L. *Salud mental e inmigración.* [En línea] [www.lamercedrefugiados.org/Documentos%20y%20Art%EDculos/SaludMentalInmigraci%F3n.pdf](http://www.lamercedrefugiados.org/Documentos%20y%20Art%EDculos/SaludMentalInmigraci%F3n.pdf) (Última consulta: 30-08-07).

**TABLA 20**

**Estrategia de Atención del SAPPiR. El equipo bicultural**

Primera visita	Psiquiatra bicultural	Filiación y datos clínicos. Registro de los síntomas y estresores. Exploración del grado de resiliencia. Se le pide al paciente que de una explicación de la causa de su enfermedad.
Segunda visita	Psicólogo bicultural	Evalúa la demanda y necesidad del paciente. Encuesta sobre los siete duelos del inmigrante.
Sucesivas (plan terapéutico y seguimiento)	Equipo multidisciplinar	Tratamiento*: psicoterapia (psicoanalítico, sistémico, técnicas cognoscitivas) y psicofarmacológico**. Arteterapia.

\* Con un acercamiento ecléctico.

\*\* Medicación para la ansiedad y la depresión. Terapia psicodinámica con el objetivo de reorganizar la vida relacional y social.

El equipo puede realizar las entrevistas en español, inglés, árabe, bereber, alemán y ruso.

Bernal M. Good Practice in Mental Health and Social Care for Refugees and Asylum Seekers. Part A. Identification Study Report on Spain. [En línea] [www.uu.nl/content/39\\_c.doc](http://www.uu.nl/content/39_c.doc) [Última consulta 23-07-07].

- Cómo replantear la escucha, la entrevista y la historia clínica.
- Cómo devolver el diagnóstico en modo culturalmente comprensible.
- Cómo negociar implícitamente el tratamiento.
- Conocimiento de las técnicas de narrativa etnográfica-caso clínico.
- Facilitar el conocimiento práctico y crítico de metodologías, proyectos y modelos de intervención en el ámbito de la Salud Mental, necesario para una práctica profesional competente, coherente e implicada.
- Se valora como acercamiento implicarse en las actividades de alguna ONG que defienda y preste su voz y mecanismos de gestión a los inmigrantes, minorías étnicas y raciales.

**Investigación.** La base de conocimiento científico en el área de la salud mental de los inmigrantes y las minorías raciales y étnicas es reducida pero aumenta día a día. La mayoría de los estudios disponibles sobre la inmigración y las raciales y étnicas se han realizado con

muestras poblacionales pequeñas y ensayos controlados no aleatorios. Se necesita iniciar y desarrollar en estas poblaciones estudios sistemáticos sobre la epidemiología de la salud y los trastornos mentales, sus terapias basadas en la evidencia, la psicofarmacología, las intervenciones específicas culturalmente competentes, el proceso diagnóstico y su valoración cultural, la prevención y la promoción de la salud mental. También se necesita más información sobre la efectividad de los tratamientos y la posibilidad de recuperación de la enfermedad mental dirigida en la población inmigrante y las comunidades minoritarias étnicas y raciales.

### Sugerencias prácticas

De manera complementaria se recuerdan y anotan algunos puntos:

#### Generales

- Las primeras visitas han de ser prolongadas (dentro de lo posible, claro está).
- El trato inicial especialmente respetuoso guiado

**TABLA 21**

**Respuestas sociales e institucionales**

Instrumentales	Porque al inmigrante solo se le hace visible y acepta en tanto que recurso, mano de obra coyuntural o tasa de reposición demográfica
Paternalistas	Concibiendo las medidas como cuestión humanitaria. No se trata de admitir a ciudadanos/as de otras latitudes con sus plenos derechos sino que tengan la esperanza de recibir alguna respuesta caritativa
Ilegítimas	Tratando a emigrantes como marginales, ilegales, delincuentes, no-personas, siempre como amenaza para la seguridad ciudadana o para garantizar los puestos de trabajo. Como son diferentes en derechos y deberes, se construye una legislación específica
Torpes	Como lo acreditan ciertas medidas aplicadas: viajes para ecuatorianos de ida y vuelta (a costa del contribuyente); devolución de marroquíes y subsaharianos; política de visados, origen de viajes en pateras en el estrecho de Gibraltar; política de prioridad nacional fuente del trabajo sumergido; demoras de más de 7 meses en la concesión de permisos de trabajo y residencia...

De Lucas J ¿Una cuestión de papeles? Hika 2001;(119):14-15. [En línea] [www.rasinet.org/archivo/documentos/documentoscriticadelucas.doc](http://www.rasinet.org/archivo/documentos/documentoscriticadelucas.doc) [Última consulta:01:07:07].

## DEPRESIÓN E INMIGRACIÓN

por los usos de nuestro interlocutor y sus preferencias y sin desestimar la distancia cultural.

- En caso de barrera idiomática lo ideal es el intérprete bilingüe, bicultural, que conozca bien las simbolizaciones de las dos culturas y ofrezca un modelo de identificación más próximo. Sin embargo, con frecuencia, en comunidades no muy grandes en las que sus miembros se conocen, el intérprete puede despertar en bastantes casos recelos, porque el paciente no desea que se conozcan sus problemas o desconfía de la profesionalidad del que traduce.

- El médico debe negociar adecuadamente con el paciente para obtener los datos y la información necesaria para el diagnóstico.

- Tomarse tiempo extra para asegurarse que estos pacientes han entendido los posibles efectos secundarios de la medicación que le ha prescrito, administrado o proporcionado como cuidados en caso de pacientes con poca fluidez en el idioma.

- Se pregunta de otra manera o con ejemplos sobre las indicaciones, consejos o recomendaciones para asegurarse que las han entendido.

**Específicas**

- Preguntar si les gustaría que estuviera presente alguno de sus familiares para discutir su diagnóstico, tratamiento, cuidados y planes siguientes.

- Si no se prescribe medicación, explíquese el por qué.

- Se debe explicar porqué se mandan pruebas de laboratorio.

- El médico debe dedicarle unos minutos para explicar el papel de la enfermería.

- Se realizará prescripción de planes de actuación (estudios, tratamientos, cuidados) usuales y óptimos, pero complejos, aunque haya presencia de posibles barreras idiomáticas o culturales.

- Prever la participación de la medicina alternativa (curanderos, chamanes, usos de hierbas curativas...) cuando se atiende a pacientes de otra etnia/raza/cultura, concepción o práctica de la medicina.

- Es importante preguntar al paciente acerca de su dieta, especialmente si va a ser hospitalizado.

- Los trabajadores sociales deben preguntar al paciente si la familia, allegados o amigos están en disposición de ayudarle.

### BIBLIOGRAFÍA

#### CAPÍTULOS 1 Y 2

- Álvarez JL. Salud mental. En Diccionario crítico de las ciencias sociales. Dir: Ramón Reyes. [En línea] [www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/S/salud\\_mental.htm](http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/S/salud_mental.htm) [Última consulta: 14-07-07].
- APA. Apéndice J. Guía para la formulación cultural y glosario de síndromes dependientes de la cultura. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª Edición, Masson, Barcelona. 2002.
- Brundtland GH. La salud mental en el siglo XXIV. Editorial Boletín de la OMS. 2000, 78 (4): 411. [En línea] [www.who.int/docstore/bulletin/digests/spanish/number3/editorial.pdf](http://www.who.int/docstore/bulletin/digests/spanish/number3/editorial.pdf) [Última consulta: 12-07-07].
- Caballero Martínez L. Migración y Salud Mental. En: Rodríguez Pulido F, Vázquez Barquero JL, Desviat M. (Coords.) Psiquiatría Social y Comunitaria (I). Las Palmas ICEPSS, 1997 (pp.187-206).
- Cabrera Ferriols MA. Atención al Inmigrante. En: Plan de Formación y Entrenamiento Médico. SEMERGEN. Drug Farm S.L, Madrid 2003.
- García Campayo J, Alda M. Problemas derivados de la inmigración. En: JJ López Ibor, JC Gómez Pérez, JA Gutiérrez Fuentes (eds). Retos para la psiquiatría y la salud mental en España. Barcelona: Ars Médica, 2003; pp. 259-77.
- González Casanovas, J. Enfermedad mental o el origen del pensamiento irracional [En línea] [www.homowebensis.com/mental.html](http://www.homowebensis.com/mental.html) [Última consulta: 14-07-07].
- Hanck C, Ayuso Gutierrez JL, Ramos Brieva JA. Clinical forms of depression in African and Spanish cultural communities. A new comparative study. Acta Psychiatr Belg. 1981;81(5):437-43.
- ICPE Consorcio Internacional de la OMS en Epidemiología Psiquiátrica. Comparación transnacional de la prevalencia de los trastornos mentales y los factores con ellos correlacionados [En línea] [www.who.int/docstore/bulletin/digests/spanish/number3/Bu0552.pdf](http://www.who.int/docstore/bulletin/digests/spanish/number3/Bu0552.pdf) [Última consulta: 14-07-07].
- Instituto Nacional de Estadística (España). Migraciones. [En línea] [www.ine.es/](http://www.ine.es/) [Última consulta: 23-01-07]
- Kessler, Ronald C. Epidemiología psiquiátrica: algunos avances recientes y futuras orientaciones. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Recopilación de artículos No 3, 2000. Organización Mundial de la Salud 2000 [En línea] [www.who.int/docstore/bulletin/digests/spanish/number3/Bu0543.pdf](http://www.who.int/docstore/bulletin/digests/spanish/number3/Bu0543.pdf) [Última consulta: 14-07-07].
- Kleinman A, Cohen A. El problema mundial de los trastornos mentales. En Diccionario crítico de las ciencias sociales. Dir: Ramon Reyes. [En línea] [www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/S/salud\\_mental.htm](http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/S/salud_mental.htm) [Última consulta: 14:07:07].
- Lawrence Stevens JD. ¿Existe la enfermedad mental? [En línea] [www.antipsychiatry.org](http://www.antipsychiatry.org) [Última consulta: 14-07-07].
- Moya i Ollé J. La salud mental en el siglo XXI. Una reflexión sobre el porvenir del malestar psíquico en el marco de las transformaciones sociales. Rev Asoc Esp Neuropsiq 1999;19(72):693-702. [En línea] [www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/72\\_debates2.pdf](http://www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/72_debates2.pdf)
- Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 5-13 de Septiembre de 1994). [Última consulta: 15-07-07].
- Pertíñez J, Viladàs L, Clusa T, Menacho I, Nadal S, Muns M. Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. Atención Primaria. 2002, 29 (1): 6-13.
- S.O.S. Racismo. Informe anual 2004 sobre el racismo en el estado español. [En línea] [www.sosracisme.org/sosracisme/dossier/Dossier%20de%20premsadib.pdf](http://www.sosracisme.org/sosracisme/dossier/Dossier%20de%20premsadib.pdf) [Última consulta: 30-07-07]
- Tizon J, Salamero M, Pellejero N, Sainz F, Atxotegui J, De la Lama E. Migraciones y salud mental. Publicaciones y Promociones Universitarias, S.A. Barcelona, 1993.
- desde la perspectiva de la A.P. Informes y gestión. El Médico 2002;818:54-65.
- Atxotegi J. Los duelos de la emigración. JANO, Psiquiatría y Humanidades 2000 (II);1:10-14.
- Alonso Fernández F. Fundamentos de la Psiquiatría Actual. Tomos I y II. Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1977.
- Ballús C, Valdés M, Gastó C, Masana J, Otero A, Sánchez Turet M. Psiquiatría. En: García Olmos (Cord.). Educación Médica Continuada en Atención Primaria. Recopilación 1996-2000. Jano. Doyma, 2001. [1 Cd-Rom].
- Barlow DH, Durand VM. Psicopatología. 3ª Edición. Thomson Editores Spain
- Paraninfo S.A. Madrid, 2003.
- Grinberg L, Grinber R. Psicoanálisis de la migración y el exilio. Alianza. Madrid 1984.
- López Abuín JM, García Cepeda JR (coords.) Psicopatología. En: Manual de Atención al Inmigrante. Enfermedades Foráneas. Fundación SEMERGEN, 2003. [1 CD-ROM]. Drug Farma.
- Martincano Gomez JL, García Campayo J. Los Problemas de Salud Mental en el Paciente Inmigrante. IM&C, Madrid. 2004.
- Schneider K. Patopsicología Clínica. Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1963.

#### CAPÍTULO 4

- Alonso FJ, Lougedo MJ. Atención a la población inmigrante. El Médico 2002;820:56-58.
- González E, Comelles JM. Psiquiatría Transcultural. AEN. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios, Madrid 2000.
- Gómez de Terreros I. El pediatra ante los niños de familias inmigrantes. An Esp Pediatr 1999; 51:622-624. Área 11. Madrid.
- Atención al niño de origen extranjero. [En línea] [www.aepap.org/inmigrante/area11.pdf](http://www.aepap.org/inmigrante/area11.pdf) [Última consulta: 12-06-07].
- Harris M. Introducción a la Antropología General. Ciencias sociales. Alianza Editorial. Madrid, 2001.
- Martincano Gómez JL. Medicina Transcultural. IM&C. Madrid, 2003.
- Martínez Hernández, Angel. Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones. Rev Asoc Esp Neuropsiq

#### CAPÍTULO 3

- Achotegui Lozate J. La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Ediciones Mayo, Barcelona, 2002
- Atxotegui J. Migración y psicopatología

## DEPRESIÓN E INMIGRACIÓN

- 1998;18(68):645-659. [En línea] Red de Salud Mental Comunitaria. Editores: Manuel Desviat Muñoz Carlos González Juárez. [En línea] <http://www.dinarte.es/saludmental/pdfs/colab-68.pdf> [Última consulta: 04-07-07].
- Martínez Otero V. El reto de la interculturalidad. Investigación sobre integración de inmigrantes hispanoamericanos. Ponencia al IV Congreso de Católicos y Vida Pública. Madrid, 2002. [En línea] [www.ceu.es/fnd/valentin%20martinez.pdf](http://www.ceu.es/fnd/valentin%20martinez.pdf) [Última consulta 19-07-07]
- Othmer E, Othmer S. DSM-IV-TR. La entrevista Clínica. Tomos I y II. Masson, Barcelona. 2004.
- Schneider K. Patopsicología Clínica. Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1963.
- Seguín CA. Psiquiatría Folclórica. En: Manual de Psiquiatría Humberto Rotondo, 2ª edición, 1998. Bibliotecas Universidad Nacional Mayor de San Marcos. UNMSM, Perú. [En línea] [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Psicologia/Manual\\_psiquiatria/cap-33.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Psicologia/Manual_psiquiatria/cap-33.htm) [Última consulta: 04-07-04].
- Shea SC. La entrevista psiquiátrica. El arte de comprender. Ediciones Harcourt. Madrid, 2002.
- Tseng Wen-Shng. Handbook of Cultural Psychiatry. Academic Press, San Diego, Ca, 2001.
- ### CAPÍTULO 5
- Bonfill Xavier (ed.). Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia. Sanidad y Ediciones (SANED), Madrid, 2000. [En línea] [www.novartis.es/ic3x/output/common/files/Novartis\\_Corporativo/Publicaciones/Libro%20ASBE.pdf](http://www.novartis.es/ic3x/output/common/files/Novartis_Corporativo/Publicaciones/Libro%20ASBE.pdf) [Última consulta: 30-07-07]
- Chung H, Mahler JC, Kakuna T. Racial differences in the treatment of psychiatric patients. Psychiatr Serv 1995;46:585-89.
- Mental Health: Culture, Race, Ethnicity. Supplement to Mental Health: Report of the Surgeon General [En línea] <http://media.shs.net/ken/pdf/SMA-01-3613/sma-01-3613A.pdf> [Última consulta:04-07-07].
- Rogler LH, Cortés DE. Help Seeking Pathway: A Unifying Concept in Mental Health Care. American Journal of Psychiatry 1993;150:554-561.
- Rudorfer M. Pharmacokinetics of Psychotropic Drugs in Special Populations. Journal of Clinical Psychiatry 1993;54(suppl):50-54.
- Salvador Sánchez I. La emigración como proceso de duelo. Protocolo de psicoterapia breve centrada en su elaboración. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2001;(82):57-64. [En línea] [www.pulso.com/aen/numero82/Revista\\_82\\_PDF.pdf](http://www.pulso.com/aen/numero82/Revista_82_PDF.pdf) [Última consulta 13-07-07].